Tom. III. Wrzesień 1901. № 9.

Czasopismo Lekarskie

O leczniczej i dyagnostycznej wartości nakłucia lędźwiowego.

Podług odczytu w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkiem, dnia 2 Listopada 1900 r.

Podał D-r. **L. Szayerowicz.**

Prof. Quincke w r. 1895 powziął myśl zmniejszenia — za pomocą nakłucia lędźwiowego—ilości płynu w kanale mózgo-rdzeniowym w przypadkach wzmożonego ciśnienia wewnątrzmózgowego (nawet przy meningitis tuberculosa), gdyż, jak sądził, usuwając nadmiar tego płynu, zapobiegamy grożącemu na razie niebezpieczeństwu, dzięki czemu sprawa chorobowa ma czas się wyrównać (np. gruzełki — otorbić). Obecnie nawet Quincke ograniczył znaczenie przekłucia do przypadków ostrego surowiczego, niekiedy i ropnego, zapalenia opon. Nakłucie, zmniejszając ucisk i powracając naczyniom zdolność wchłaniania — ma sprzyjać uleczeniu tych cierpień.

Zdania innych klinicystów o wartości nakłucia do dziś dnia są podzielone. Gdy jedni przyznają wartość temu zabiegowi, opisując przypadki surowiczego zapalenia opon (Boenninghaus), ropnego nagminnego (Monti), a nawet i gruźliczego zapalenia opon (Freyhan), uleczone dzięki temu rękoczynowi, inni, jak Heubner, Senator, Jacoby, Lenhartz widzą w nim mniej lub więcej skuteczny środek objawowy przeciwko niektórym skutkom wzmożonego wewnątrzmózgowego ciśnienia; są i tacy, jak Henoch, Marfan, Fürbringer, którzy odmawiają temu środkowi wszelkiej wartości terapeutycznej, twierdząc, iż nawet objawowe jego działanie jest niepewne i niestałe.

W roku zeszłym miałem możność naocznego przekonania się o wartości terapeutycznej nakłucia lędźwiowego. Mianowicie, podczas pobytu w Berlinie spostrzegałem w szpitalu dziecięcym, (dyrektor Baginsky) i w klinice Heubnera kilkanaście przypadków, w których ten rękoczyn był stosowany. Przeważały przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Do nakłucia uciekano się tu zwykle jako do ultimum refugium, w późnym okresie choroby, po wyczerpaniu innych środków terapeutycznych. Za każdym razem wypuszczano około 20 cm.^{3} płynu. W niektórych przypadkach przekłucie wykonywane było dwukrotnie, a nawet i trzy-

krotnie, lecz ani razu nie mogłem się przekonać nawet o paliatywnem działaniu tego środka; zawsze następowało pogorszenie. Ujemny wynik widziałem również w przypadku nowotworu u prywatnego swego pacyenta, któremu ten rękoczyn w Berlinie zastosowano. Jakkolwiek dyagnoza nowotworu prawie nie przedstawiała wątpliwości, nakłucie wykonane było trzykrotnie w celu wykluczenia surowiczego zapalenia opon, które—podług Quincke'go—zawsze wyleczone być może za pomocą tego rękoczynu, o ile tylko komunikacya między komorami mózgowemi i jamą podpajęczą nie została w jakikolwiek sposób przerwana. Po trzeciem nakłuciu stan chorego tak się pogorszył, iż ledwie zdołano go przewieźć do domu. Czy nakłucie lędźwiowe w tym przypadku przyśpieszyło exitus letalis, przesądzać nie chcę, gdyż wykonanem było u chorego już wyniszczonego. Z odnośnej literatury jednak przekonać się można, iż ten rękoczyn stosowany przy nowotworach — szkodzi, prawdopodobnie dla tego, że — po zmniejszeniu raptownem ciśnienia — następuje krwotok (lub mnóstwo drobnych wybroczyn) ex vacuo.

W przypadkach, jakie w Berlinie widziałem, ani razu dodatniego wyniku leczniczego ten zabieg nie spowodował. Co prawda, nie mieliśmy tu ani jednego przypadku zapalenia opon surowiczego.

Zaraz po pierwszym komunikacie Quincke'go, Lichtheim, odmawiając nakłuciu lędźwiowemu wpływu leczniczego, wysunął dyagnostyczną jego wartość. W warunkach fizyologicznych płyn mózgo-rdzeniowy przedstawia się jako ciecz przezroczysta, bezbarwna, odczynu zasadowego; jej ciężar właściwy waha się między 1003 a 1011; zawiera ślady białka — wedle Quincke'go 0,2—0,5 pro mille — i nieco cukru, a badanie bakteryologiczno-drobnowidzowe, prócz nieznacznej ilości ciałek limfoidnych, nie wykazuje w nim składników organizowanych. Wahania w składzie chemicznym płynu mózgo-rdzeniowego wystarczają — podług Quincke'go — do postawienia rozpoznania meningitidis serosae. Otrzymany płyn, będąc wolny od drobnoustrojów i ciałek ropnych, zawiera wtedy nieco więcej białka, mianowicie 0,5—0,75 pro mille, (chociaż ilość białka niekiedy dochodzi do 1,0 i 1,5 pro mille). Otóż to zwiększenie ilości białka jest, podług Quincke'go, dowodem zapalenia surowiczego. Nie zgadza się z tem Senator sądząc, że tak nieznaczne powiększenie ilości białka nie jest dostatecznym dowodem stanu chorobowego; bez wykazania zaś ciałek ropnych nie wolno mówić o stanie zapalnym. Nie uznaje też wartości rozpoznawczej innych danych rozbioru chemicznego, które mają ułatwić odróżnianie zap. surowiczego od wzmożonego ciśnienia np. przy nowotworach mózgu, przy których ilość białka może wynosić 7‰ (i płyn również zawiera cukier).

Niewątpliwie jednak, badanie wypuszczonego płynu mózgo-rdzeniowego drobnowidzowe i bakteryologiczne, daje niekiedy podstawy rozpoznawcze.

Przy zapaleniu opon ropnem w płynie, wyraźnie ropnym lub też tylko mętnym, wykazać można — prócz ciałek ropnych — obecność drobnoustrojów, mianowicie: pneumococcus, streptococcus, staphylococcus, bacterium coli i b. typhi. Niekiedy jednak, jak utrzymują Lichtheim i Stadelman, płyn przy zapaleniu ropnem okazuje się zupełnie jałowym. Więc to badanie ma wartość jedynie przy wyniku dodatnim; ujemny wynik do żadnych wniosków nie upoważnia. Większą już wartość ma nakłucie lędźwiowe przy rozpoznawaniu zapalenia nagminnego (meningitis cerebrospinalis epidemica), przy którem, jak to skonstatował po raz pierwszy Heubner, można zawsze wykazać w otrzymanym za pomocą nakłucia płynie obecność swoistego drobnoustroju: meningococcus intracellularis Weichselbaum — Jaeger'a.

Przy gruźliczem zapaleniu opon Lichtheim prawie zawsze znajdywał laseczniki gruźlicze, Fürbringer w 80% przypadków, a inni klinicyści o wiele rzadziej. Te różnice tłómaczy Lichtheim tem, iż ilość laseczników w płynie mózgo-rdzeniowym jest bardzo skąpa i że tylko dzięki niezwykłej cierpliwości i długiej wprawie swych asystentów on otrzymał wyniki tak dodatnie. Mało zaś znajdujemy laseczników w samym płynie mózgo-rdzeniowym, ponieważ jest on złem podłożem dla nich; dla tego trzeba kilka razy w ciągu choroby badanie powtórzyć (Concetti). Zależy też wynik i od metody badania. Ranke np. częściej otrzymuje wynik dodatni od czasu, kiedy zaczął badany płyn lepiej centryfugować. Lenhartz zamiast centryfugowania zanurza do płynu, niby wędkę, na 6 do 10 godzin, mały kłaczek wyjałowionej waty i bada to, co na wacie osiada.

Z innych cech rozpoznawczych, jakie przy badaniu płynu mózgordzeniowego starano się uzyskać, wspomnieć jeszcze należy o spostrzeżeniu Widala, który przy zapaleniu gruźliczem spotykał wyjątkowo tylko leukocyty wielojądrowe; natomiast przy mening. cerebrosp. ep. — one właściwie stanowią, prawie wyłącznie, organizowane elementy tego płynu. Również Widal stwierdził obniżenie punktu zamarzania płynu mózgordzeniowego przy zapaleniu opon gruźliczem do — 0°,48 ewent. – 0°,55 (normalny punkt zazamarzania tego płynu waha się w granicach — 0°,60 a — 0°,65).

Jak widzimy, jako metoda dyagnostyczna badanie płynu mózgordzeniowego nie dało dotąd wielkich zdobyczy, uprawnia jednak do dalszej w tym kierunku pracy.

Stosowanie lecznicze tego zabiegu nie wróży mu powodzenia

Przyczynek do statystyki szkolnej.

Podał Dr. **Kornel Gorski.**

Jako dalszy ciąg ogłoszonych przezemnie w № 6 Czasopisma Lekarskiego z r. 1899 spostrzeżeń nad stanem oczów uczniów szkoły handlowej łódzkiej, podaję obecnie wyniki badań moich za czas trzyletniej egzystencyi szkoły. Dla bardziej poglądowego przedstawienia sprawy, jako też łatwiejszego porównania stanu organów wzrokowych uczniów od czasu otwarcia szkoły do roku zeszłego, ugrupowałem zebrany materyał, jak i poprzednio, w formie tablicy, podając tylko te zboczenia, jakie uważać można za profesyonalne wśród młodzieży szkolnej.

	Badani		Myopia			Zmniejszona siła widzenia			Jaglica	
	Wiek	Ilość	Stopień	Ilość	%	Stopień	Ilość	%	Ilość	%
			D.			*V.*=				
rok 1898/99.	8—10 lat	104	1,0—4,0	12	11,5	0,8—0,3	13	12,5	16	15,4
	11—13 „	216	1,0—5,0	38	17,5	0,9—0,3	31	14,3	26	12,1
	14—17 „	94	1,0—6,5	20	20,1	0,9—0,3	12	12,7	18	18,2
	Razem	414	1,0—6,5	70	16,7	0,9—0,3	56	13,5	60	14,0
rok 1899/900.	8—10 lat	125	1,0—4,0	9	7,2	0,8—0,3	13	10,4	4	3,2
	11—13 „	243	1,0—7,0	39	16,0	0,8—0,3	45	18,5	17	7,0
	14—18 „	110	1,0—8,0	22	20,0	0,8—0,3	26	23,6	8	7,0
	Razem	478	1,0—8,0	70	14,6	0,8—0,3	84	17,5	29	6,1
rok 1900/01.	8—10 lat	100	1,0—4,0	8	8,0	0,8—0,4	16	16,0	2	2,0
	11—13 „	230	0,5—7,0	30	13,0	0,8—0,3	31	13,0	3	1,3
	14—19 „	184	0,5—10,0	29	16,0	0.8—0,3	33	18,0	2	1,0
	Razem	514	0,5—10,0	67	13,0	0,8—0,3	80	15,0	7	1,3

Z tej tablicy widzimy, że odsetka krótkowidzów i z osłabioną siłą widzenia, w przeciągu trzech lat, uległa zmianom niewielkim, znakomicie tylko zmniejszyła się odsetka chorych na jaglicę. Nadmieniam, że z pomiędzy 70-ciu krótkowidzów, odnotowanych w r. 1898/99, pozostało do końca roku zeszłego 34-ch, reszta zaś opuściła szkołę. Wśród tych 34-ch refrakcya u 23-ch pozostała bez zmiany, lub też zwiększyła się niewiele, u 5-ciu okazała się emmetropia (widocznie więc, że przed tem był skurcz akomodocyi); w 6-ciu przypadkach refrakcya zwiększyła się znacznie.

Łódź 29 Lipca 1901 r.

Spostrzeżenia z praktyki.

Dwa przypadki zatrucia atropiną.

Podał Dr. **Zdzisław Prechner.**

I. Dnia 10 Czerwca r. b. zostałem wezwany do chorego G., który stracił przytomnośc i jakoby dostał napadu apoplektycznego. Po przybyciu na miejsce zastałem mężczyznę lat około 30, leżącego na łóżku w stanie nieprzytomnym; rzuca się w oczy: twarz silnie czerwona, ręce przyciśnięte kurczowo do klatki piersiowej, oddech powierzchowny, nieco przyśpieszony (30), tętno dość pełne, normalnego napięcia, ilość uderzeń zwiększona (120); łącznice przekrwione, bardzo słabo oddziaływują na światło. Od żony chorego dowiedziałem się, że mąż jest kucharzem, cierpi od dłuższego czasu na katar żołądka; tegoż samego dnia o godz. 3 popoł. był u doktora H., który poradził mu odpowiednią dyetę i zapisał lekarstwo, polecając brać po łyżce stołowej co 2 godziny. O godz. 6-ej chory wypił łyżkę tego lekarstwa, poczem zrobiło mu się słabo i około godz. 8-ej stracił przytomność; zjawiły się początkowo drgawki i niepokój, potem nastąpiła zupełna prostracya. Wezwany lekarz Pogotowia zalecił lód na głowę; gdy zaś stan chorego się nie poprawił, wezwano mnie. G. pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, sam ciężko nie chorował, pijakiem nie jest.

Wobec twierdzenia żony, że utrata przytomności i inne objawy wystąpiły po zażyciu leku, obejrzałem receptę, lecz treść jej (Rp. Acidi muratici diluti 5,0 — Aquae destillatae 180,0 — Syr. simpl. 15,0 MDS: co dwie godziny łyżkę stołową) nie tłumaczyła powstania objawów powyższych.

Szczegółowe badanie chorego wykazało, co następuje. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony; skóra twarzy silnie zaczerwieniona, na ciele zaczerwienienie słabe, wysypki niema; błony śluzowe w słabszym stopniu przekrwione. T. 38,5°. Język pokryty dość grubym białawym nalotem. Badanie płuc i serca wykazało stosunki zupełnie prawidłowe — jedynie tony serca były nieco osłabione. Przy opukiwaniu brzucha otrzymałem odgłos tępy in epigastrio i nad częścią wstępującą i poprzeczną jelit grubych. Wypróżnień nie było od 2 dni. Mocz oddaje. Ręce przykurczone w opisanej wyżej pozycyi, po za tem zupełna apatya; uczucie dotyku i bólu osłabione.

Nie mogąc, na razie, rozpoznać istoty objawów powyższych zastosowałem leczenie objawowe: więc kalomel i olej rącznikowy w celu oczyszczenia kiszek, morfinę z powodu objawów nerwowych; po wypróżnieniu w dalszym ciągu brać zapisany przez kol. H. kwas solny.

Następnego dnia o g. 8½ r. odwiedziłem chorego, który już przyszedł był do przytomności: uczuwał tylko szum w głowie i miewał od czasu do czasu lekkie drgania w rękach i nogach. Źrenice były znacznie rozszerzone i oddziaływały b. słabo zarówno na światło, jak na akkomodacyę. Przykurczenia znikły zupełnie; uczucie dotyku i bólu normalne. Odgłos tępy in epigastrio w jelitach grubych zmienił się na bębenkowy. Wypróżnienie było 2 razy bardzo obfite, lecz lekarstwa w dalszym ciągu chory nie zażył, gdyż posłał je dla sprawdzenia do doktora H., który zapisał receptę. Zaleciłem choremu dyetę, poczem udałem się do szpitala Ś-go Aleksandra, gdzie wyjaśniło się (o czem dalej), że istotnie przyczyną wypadku u G. było lekarstwo mylne przygotowane w aptece. W obawie, by chory nie zażył powtórnie fatalnego leku, pojechałem do mieszkanie G. i zabrałem flaszkę z lekarstwem do zbadania.

Następnego dnia chory czuł się już zupełnie dobrze, mięśnie wróciły do normalnego stanu — był jedynie nieco osłabiony. Po dwóch dniach G. wyjechał na wieś, zkąd wrócił po 4 tygodniowym pobycie w stanie zupełnego zdrowia.

II. D. 11 Czerwca og. 9¾ rano przyniesiono kol. H. lekarstwo, które obwiniono jako przyczynę ciężkich i nagłych zaburzeń, jakie wystąpiły u chorego G.; kol. H. widząc na sygnaturze dokładną kopię swojej recepty, i chcąc przekonać osobę tak ciężko go oskarżającą o niesłuszności oskarżenia, nalał z przyniesionej buteleczki 2 łyżki do szklanki i wypił jednym łykiem. Po przyjęciu ambulansu domowego kol. H. zjadł śniadanie i wyszedł na miasto. O godz. 10½ kol. H. uczuł suchość w ustach; o g. 10¾ dostał zawrotu głowy; po przybyciu do fabryki na przyjęcie chorych poczuł osłabienie, które przeszło po wypiciu szklanki wody. Przypuszczając, że zamiast kwasu solnego rozcieńczonego wydano w aptece kw. stężony, kol. H obejrzał błonę śluzową warg, lecz nie znalazł na niej żadnych zmian. Przybywszy na oddział do szpitala św. Aleksandra, kazał sobie podać mleka, poczem wezwał

kol. Kruschego i mnie, wskazał na zupełnie suchą błonę śluzową jamy ustnej i opowiedział co mu się rano wydarzyło. Źrenice były nieznacznie rozszerzone i oddziaływały dosyć dobrze.

Teraz dopiero zrozumiałem co się stało, t. j. że oba przypadki są zatruciem owem lekarstwem, a zestawienie objawów zauważonych tu i tam wskazywało, że mamy do czynienia z otruciem atropiną. Wspólnie z kol. Goldblumem zastosowaliśmy kolejno: mleko; próbę przemycia żołądka, którego skutkiem skurczu gardzieli nie dało się wykonać, wywołało jednak pożądane wymioty; później daliśmy taninę do wewnątrz. Tymczasem kol. H. coraz bardziej tracił przytomność; pomimo zastrzyknięcia 5 szprycek Pravaza ol. camphorati (0,5 camphorae), czynność serca coraz bardziej słabła; wreszcie brak tętna skłonił (na wniosek kol. Marguliesa) do faradyzacyi okolicy serca, z pomyślnym wynikiem. Nieprzytomnego kol. H. wezwane Pogotowie odwiozło około południa do domu. W domu wystąpiła czerwoność twarzy i całego ciała, skóra była rozpalona i sucha, oczy błyszczały, źrenice były silnie rozszerzone, łącznice nabiegłe krwią, oddziaływanie na światło zniesione. Tętno nitkowate, bardzo przyśpieszone (130), tony serca osłabione, głuche. Przez czas jakiś trwały objawy podrażnienia mózgu: chory miał halucynacye, śmiał się, rzucał; błyskawiczne drgawki rąk i tułowia, to znów drgawki kloniczne. Zauważyliśmy przytem silną nadwrażliwość słuchu i dotyku: najlżejszy szmer wywoływał niepokój, a od turkotu dorożek i silniejszych dźwięków orkiestry, drgawki się znacznie wzmagały; najlżejszy dotyk, a jeszcze bardziej lekkie ukłucie szpilką, wywoływały silne odruchy. Stosowane były excitantia (kamfora i eter), lawatywa oczyszczająca, oraz morfina; z powodu bezmoczu zakładano cewnik. O g. 10-ej wieczór kol. H., będąc wciąż nieprzytomnym, zasnął spokojnie; o g. 2-ej w nocy obudził się już zupełnie przytomny; po przebudzeniu się chory, po wypiciu czarnej kawy z koniakiem, wymiotował i silnie się pocił. Wtedy objawy ostre ustąpiły; przez kilka dni następnych trwały lekkie drgania w rękach, rozszerzenie źrenic i nadwrażliwość słuchu. W tydzień później kol. H., silnie osłabiony i wyczerpany tem zdarzeniem, wyjechał na wieś, a następnie do Nałęczowa.

Lekarstwo zostało zbadane w pracowni analitycznej kol. Serkowskiego, który znalazł w niem siarczan atropiny w ilości 0; 25%, co stanowiło w danem lekarstwie 0,5 gr. atropiny sulfurici, a więc przeszło 0,03 w łyżce stołowej. Chory G. użył około 0,04 atropiny, kol. H., około 0,08, czyli ilość bardzo bliską do bezwarunkowo śmiertelnej (0,1), a kilkanaście razy przewyższającą najwyższą dawkę dobową (0,005).

Powikłań w obu przypadkach nie było, prócz tego, że u kol. H. zbyt powierzchowne wstrzyknięcie eteru wywołało organiczoną zgorzel skóry brzucha; rana zagoiła się po 9 tygodniach.

XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, 15 i 16 Lipca 1901 r.

Podług sprawozdania „Przeglądu lekarskiego"[1]).

(*Ciąg dalszy*).

17. Prof. Wehr: O podwiązywaniu tętnic wieńcowych serca. Od dłuższego czasu zajmując się chirurgią serca, starał się W. w ostatnich czasach rozstrzygnąć pytanie, jaki ma wpływ podwiązanie tętnic wieńcowych na mięsień sercowy. Sprawa ta ma zresztą i praktyczne znaczenie w chirurgii od czasu ogłoszenia odpowiedniego przypadku przez Pagenstechera. A przedewszystkiem wysuwa się na plan pierwszy pytanie, czy tętnice wieńcowe są naczyniami koncowemi (Baumgarten) czy też łączą się między sobą (Michaelis). Ze stanowiska anatomicznego kwestyę tę rozpatruje Burzyński, sporządzając preparaty korrozyjne z serca ludzkiego. Badania te będące jeszcze w toku, przemawiają obecnie za tem, że większych połączeń tętniczych niema. Doświadczenia fizyologiczne W. wykazują, że po podwiązaniu tętnicy wieńcowej psy żyć mogą dłuższy czas, do trzech tygodni i dłużej. Wyniki te pozostają w sprzeczności z badaniami innych autorów, które wykazały, że psy po podwiązaniu tętnicy wieńcowej ginęły zawsze w kilka minut. W. sądzi, że przyczyną tych różnych wyników jest różna technika operacyjna. Tamci autorowie operując robili tracheotomię, zarządzali sztuczne oddechanie, nie starali się zapobiedz odmie piersiowej i t. d., tak że w rzeczywistości śmierć następowała skutkiem tych powikłań. Natomiast W. używa stale do odsłonięcia serca swego sposobu i unika wszelkich ubocznych uszkodzeń.

18. Slęk: O leczeniu operacyjnem choroby Glenarda. Leczenie operacyjne tego cierpienia datuje się od czasu, kiedy Duret wykonał pierwsze przyszycie żołądka (*gastropexia*). Po nim podobne operacye wykonali Baer, Rowsing, Hartmann i inni. W klinice lwowskiej operowano 2 chore, bardzo charłacze, z powodu choroby Glenarda. Wykonano przyszycie żołądka (*gastropexia*), tworząc z sieci mniejszej zdwojenie i przyszywając ją do trzuski; u jednej chorej prócz tego przyszyto macicę (*ventrofixatio*) i wątrobę. Tę ostatnią ustalił Rydygier w sposób następujący: cięcie poprowadził równolegle do łuku żebrowego prawego, długości około 10 ctm. i tędy otworzył jamę brzuszną. Następnie oddzielił otrzewnę ścienną, utworzył torbę, w którą wsunął prawy płat wątroby, przyszywając szwem katgutowym ciągłym do jej górnej powierzchni górny listek otrzewnej, do dolnej — dolny. Nadto więzadło okrągłe z okolicy pępka wszył w górny kąt rany

---

[1]) Napisali: Dr. M. N. Herman i Dr. St. Jasiński.

brzusznej w linii środkowej. Po trzech miesiącach stwierdzono że obie chore czuły się zupełnie dobrze. Przypadki te zachęcają do podejmowania zabiegów operacyjnych w chorobie Glenarda częściej, zwłaszcza gdy wystąpią objawy charłactwa.

19. Prof. Kader: Z chirurgii wątroby i dróg żółciowych. Przy wycinaniu wątroby jest szczególnie trudno opanować krwotok. K. ze wszystkich sposobów, zalecanych do opanowania krwotoku od dłuższego czasu, używa wyłącznie sposobu Kuzniecow-Penskiego. Sposób ten polega na systematycznem podwiązywaniu naczyń, przebiegających w torebce Glissona, przy pomocy tępych igieł, którym K. nadał kształt igieł Deschampsa. Sposób ten wypróbował K. w 4 przypadkach i na podstawie tych spostrzeżeń zaleca, aby po częściowem wycięciu wątroby jamy brzusznej nie zaszywać, lecz, przestrzegając pilnie zasad antyseptyki, pozostawić ją otwartą, dokładnie tamponując. Powtóre radzi K. do podwiązywania używać wyłącznie grubego katgutu, a unikać podwiązek jedwabnych, które podtrzymują ropienie.

20. Oderfeld: Z chirurgii wątroby i dróg żółciowych. O. opisuje 2 przypadki chorób pęcherzyka żółciowego (w I kamienie, w II otok ropny), oba powikłane ogromnym przerostem prawego płatu wątroby, który w zupełności pokrywał pęcherzyk żółciowy. W I przypadku poradził O. sobie w ten sposób, że przy pomocy prostych tępych igieł angielskich i jedwabiu podwiązał i odciął część płatu prawego, odsłonił pęcherzyk żółciowy, przeciął go, wydobył kamyki, całą ranę wytamponował i w końcu osiągnął całkowite wyleczenie. W 2 przypadku pod wątrobą, sięgającą aż do spojenia łonowego, odkrył zapomocą nakłócia ognisko ropne. Wszył przeto powierzchnię wątroby w ranę powłok brzusznych, a po 48 godzinach Pacquelinem przepalił miąższ wątroby na przestrzeni 20 ctm. i w ten sposób utorował sobie drogę do ropnia, czyli wykonał *cholecystotomiam transhepaticam*.

21. Doc. Bossowski: O pierwotnych mięsakach wątroby. Rozpoznanie tego cierpienia napotyka na trudności nietylko przed, ale i podczas operacyi. Przykładem tego dwa własne przypadki: I) U 3-letniego dziecka stwierdził B. powiększenie wątroby, nierówny guz i żółtaczkę. Otworzył jamę brzuszną i teraz dopiero rozpoznał pierwotnego mięsaka wątroby. Po pewnym czasie dziecko zmarło, a badanie drobnowidzowe guza potwierdziło rozpoznanie. — II) U jedenastoletniego chłopaka w dwa miesiące po przebyciu duru brzusznego wystąpiły bóle w okolicy wątroby. Badanie wykazało: odżywienie bardzo podupadłe, gorączka o typie przepuszczającym, wątroba znacznie powiększona, a w niej guz chełboczący. Żółtaczki niema, stolec gliniasty, we krwi leukocytoza. B. otworzył jamę brzuszną, ropnie pootwierał Pacquelinem bez znacznego krwotoku. Po operacyi dziecko miało się nieźle, wnet jednak gorączka powróciła. Badanie ropy wykazało w niej gronkowce, a badanie drobnowidzowe kawałeczka wątroby, wyciętego podczas operacyi, wykazało *sarcoma alveolare*.

22. Jasiński: O wycinaniu śledziony. J. przedstawia chorego z kliniki chirurgicznej lwowskiej, u którego prof. Rydygier wyciął śledzionę. Śledziona olbrzymio powiększona sprawiała choremu rozliczne przykre dolegliwości. Wywiady i dokładne badanie kliniczne wskazywały, że to powiekszenie śledziony odnieść należy do zakażenia zimniczego, nabytego jeszcze w dzieciństwie. Operacya była bardzo trudną z powodu rozległych zrostów śledziony z otoczeniem. Wycięta śledziona ważyła 2650 gr., a torebka wykazywała wyraźne ślady *perisplenitis fibrosocartilaginosa*. Na przekroju dwa ogniska martwicze. Prawdopodobnie szybsze powiększanie się śledziony w ostatnich czasach, zmiany torebki i ogniska martwicze były skutkiem zatorów. Badanie krwi przed operacyą wykazało mierną leukocytoze (22,000 c. b., a z tego 9% ciałek eozynochłonnych). Po operacyi w pierwszych kilku dniach tak ciałka czerwone, jak i ciałka białe (48,000) w zwiększonej ilości; z biegiem czasu powoli się to wyrównywało, tak że w 6 tygodni ilość ciałek czerwonych 3,500,000, a ciałek białych 23,000.

23. A. Klęsk: O wycinaniu śledziony. Opisawszy przypadek wycięcia śledziony, operowany w klinice krakowskiej, a zakończony niepomyślnie, omawia K. krótko historyę, wskazania, rokowania i technikę operacyi, dołączając kilka uwag o czynności śledziony. (*D. n.*).

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 3 Kwietnia 1901 r.

1) Kol. Cz. Stankiewcz przedstawił chorą z rakiem krezki okrężnicy.

2) Kol Koliński wypowiedział rzecz p. t. „Przyczynek do bakteryologii chorób rogówki“ i pokazał odnośne preparaty.

3) Kol. Cz. Stankiewicz pokazał: a) preparat endometritis hyperplastica fungosa, otrzymany od 28 letniej chorej; b) preparat endometritis fungosa od 22 letniej chorej; c) strzępki śluzówki, otrzymanej od 48 letniej kobiety dotkniętej zap. bł. śluz. macicy, w której wytworzyło się dużo nowych naczyń żylnych; d) preparat, otrzymany od 28 letniej chorej, u której przypuszczano zaśniad groniasty; przy operacyi zaś poznano, że ujście wewnętrzne było otwarte, a z macicy wyszedł litr skrzepłej krwi i macerowany płód 3 miesięczny, a później łożysko; z macicy otrzymano hodowle gronkowców.

Posiedzenie z d. 17 Kwietnia 1901 r.

1) Kol. Handelsman opowiedział historyę choroby robotnika, który w d. 28.II r. b. zapadł na dur brzuszny. W 3 tygodnie cierpienia chory zaczął narzekać na ból w dole biodrowym prawym. D. 25.III nad prawym więzem Pouparta znaleziono stwardnienie, które bez podniesienia ciepłoty się powiększało. D. 3.IV górna granica stwardnienia o 4 palce niżej pępka, prawa nie dochodzi do kolca podlędźwiowego górnego przedniego, lewa o 2 palce przechodzi za linię pośrodkową, dolna sięga więzu Pouparta. Przy przekłuciu próbnem ropa. D. 4.IV przy znieczuleniu sposobem Schleicha wypuszczono znaczną ilość ropy, której siedliskiem była pochwa m. prostego brzucha. W ropie badanej w pracowni kol. Serkowskiego znaleziono wyłącznie laseczniki Ebertha, których hodowle kol. H. demonstrował.

2) Kol. Stankiewicz przedstawił: a) Chorą, która dotknięta maciennictwem i tyłozgięciem oraz opuszczeniem macicy; pomimo pomyślnej operacyi chora cierpi w dalszym ciągu i doznaje dolegliwości histerycznych; na przypadku tym kol. S. wykazuje, że związek między maciennictwem, a chorobami narządów płciowych jest bardzo luźny. b) Kobietę, u której ze szpary sromnej sterczy na 1 cm. wyrostek, pokryty śluzówką, wychodzący z pochwy, mający w spoczynku 2 ctm., a przy wyciąganiu 3—3½ ctm. długości, grubości zaś w środku 3 ctm. a na końcach 4 cm.; przed 4 laty demonstrowana rodziła; według S. dany twór jest rozerwaną w czasie porodu przegrodą hymenis septi.

3) Kol. Przedborski proponuje, żeby Towarzystwo ze względu na niekorzystne warunki hygieniczne wsi Brusy zwróciło się do władzy z przedstawieniem, aby dworzec kolei warszawsko-kaliskiej nie był w tej miejscowości wystawiony. W dyskusyi obecni postanowili, w celu opracowania odpowiedniego komunikatu wybrać komisję, złożoną z kol.: Likiernika, Przedborskiego i Saksa.

4) Kol. Wilk został wybrany na czynnego członka Towarzystwa.

Posiedzenie z d. 8 Maja 190 r.

1) Kol. Goldman przedstawił chorego z mięsakiem twarzy.

2) Kol. Goldblum przedstawił przyp. tuberculum solitare cerebelli. B. od lat dwu głupkowaty, w dzieciństwie przebył krzywicę i 2 razy odrę. Ojciec w 34 r. zmarł na gruźlicę. W początku r. z. matka chorego zauważyła, że staje się sennym; zapytywany uskarżał się na senność i ból głowy; jednocześnie zauważono, że chory przy chodzeniu się zataczał. Stan ten trwał kilka miesięcy. Pewnego razu, w Lipcu czy Sierpniu r. 1900, przechodząc przez szyny tramwajowe, upadł i został przez tram-

waj odepchnięty na stronę. Chory o tym wypadku nie umie opowiedzieć. Po przyniesieniu do domu narzekał na ból głowy. Mowa była zmieniona. Oznak potłuczenia podobno nie było. Po 10 dniach leżenia chory przy próbach chodzenia zataczał się pomimo podpierania. Wymiotów nie było. Stan taki, ulegając chwilowej poprawie lub pogorszeniu, trwa dotychczas. W ostatnich czasach przyłączyły się wymioty, występujące szczególnie przy przepełnieniu żołądka, i zwracanie płynów przez nos. Obecny stan następujący: chory prawidłowo zbudowany, o głupkowatym wyglądzie i oliwkowej cerze, stale trzyma głowę nieco pochyloną na prawo. Nieznaczne wysadzenie gałek ocznych. Źrenice średnio rozszerzone, na światło i akomodacyą oddziaływają prawidłowo. Ruchy gałek ocznych, z wyjątkiem na zewnątrz, normalne; obustronne pareza n. odwodzącego. Badanie oftalmoskopowe, wykonane przez Kol. Kolińskiego, wykazało klasyczną tarczę zastoinową n. wzrokowych. Słuch po stronie prawej nieco słabszy — próba Rinnego pozytywna. Chory uskarża się, że nie odróżnia smaku pokarmów, chociaż badanie smaku z powodu głupkowatości pacyenta nie dało stałych wyników. Brak odruchów w tylnej gardzieli i czopka podniebieniowego. Ruchy głowy prawidłowe. Nieżyt oskrzeli, szczególnie w prawym wierzchołku. Tony serca czyste. T. około 100, równomierne. Inne narządy wewnętrzne nie przedstawiają zboczenia. Odruchy ścięgnowe wzmożone, skórne znikły. Oddawanie moczu i kału odbywa się prawidłowo. Bezład dolnych kończyn przeważnie przy chodzeniu znaczny, różniący się od bezładu przy skurczach spazmatycznych lub wiądzie: chory chodzi zygzakiem, szeroko rozstawiając nogi, prawidłowo stawiając stopy i zataczając się, jak pijany. Wyżej wymienione objawy: bóle głowy i zawroty, wymioty, tarcza zastoinowa n. wzrokowych, pareza n. odprowadzającego i gardzielowo-językowego—przemawiają za nowotworem w okolicy móżdżka. Gruźlica u ojca, nieżyt wierzchołka płuca i przebieg cierpienia pozwala z największem prawdopodobieństwem przypuścić charakter gruźliczy nowotworu.

3) Kol. Pański przedstawił przypadek porażenia splotu ramieniowego typu Erba. Czapnik 23 letni po przeziębieniu zauważył, że pr. g. kończyny nie może unieść ku górze. Po 3 miesięcznem trwaniu zwrócił się do kol. P., który znalazł wychudnienie mięśni nad—i podgrzebieniowego, trójgraniastego, dwugłowego i ramieniowego wewn. Zaburzeń czuciowych niema. Oddziaływanie na prąd przerywany: z punktu Erba skurcz mięśni daleko słabszy, niż po stronie lewej, tak samo m. nad i podgrzebieniowy i odwracający długi, ramieniowy wewn. i dwugłowy wcale nie działają. Prąd stały wywołuje skurcz mięśni z punktu Erba, przyczem KSZ> ASZ. Prąd stały również we wszystkich wyżej wspomnianych mięśniach, prócz ramieniowego wewn., nie wykazuje odczynu zwyrodnienia. Pr. g. kończyna może być podniesiona tylko do linii poziomej, przy podniesieniu powyżej linii poziomej może być w tej pozycyi utrzymana, ku dołowi może być

odprowadzona zaledwo pod kątem 50°. Przedramię może być zgięte z pewnym wysiłkiem, rozgięte prawie bez oporu. Obracanie ramienia na zewnątrz bywa niezręcznie wykonywane. Zmniejszona zaledwie pobudliwość elektryczna porażonych nerwów i mięśni oraz zupełny brak odczynn zwyrodnienia pozwala uważać uszkodzenie splotu za bardzo nieznaczne i postawić dobre rokowanie. Przypadek ten zasługuje na uwagę już z tego względu, że porażenia takie bardzo rzadko występują po przeziębieniu.

4) Kol. Lohrer przeczytał sprawozdanie komisyi, wyznaczonej przez Tow. L. Ł. w celu opracowania projektu oszczędzania i pielęgnowania lasów miejskich. Sprawozdanie zostało oddane do rozpatrzenia Zarządu Tow. L. Ł.

5) Kol. B. Handelsman mówił „O leczeniu tężca surowicą" i opisał spostrzegany przez siebie przypadek. (Będzie drukowane w Czas. Lek.).

6) Kol. Saks opowiedział o spostrzeganym przezeń przypadku w którym wielorodząca urodziła pierwsze dziecko nieżywe, a drugie żywe. 1-e dziecko przedstawiało wyraźne oznaki maceracyi (zmarło zapewne na tydzień przed porodem).

7) Kol. Sterling wygłosił rzecz: „Obecne poglądy na sposób działania surowic leczniczych". (Nie nadaje się do streszczenia).

Posiedzenie z d. 22 Maja 1900 r.

1) Kol. Stankiewicz przedstawił: a) Przypadek ropnia wewnątrzotrzewnego. Chora przed 2 tygodniami doznała bólów w brzuchu i wymiotów; przy podniesionej ciepłocie chełbotanie w prawej górnej części brzucha; przy cięciu brzusznem wyszło dużo ropy i kamyki żółciowe—było to zatem ropne zapalenie dziurawiące pęcherzyka żółć. b) Przyp. ropni międzykrokowych—w 3 dni po operacyi wyszedł twór w postaci tasiemki, prawdopodobnie obumarły wyrostek robaczkowy. c) Chorą, u której z powodu tyłozgięcia i zap. przewlekłego macicy (metritis chr) drogą pochwową wycięto ten narząd, a u której następnie z powodu ropnego zapal. otrzewnej dokonano cięcia brzusznego, przyczem w ropie znaleziono paciorkowce i gronkowce d) Chorą, na której z powodu posocznicowego zapal. otrzewnej wykonano cięcie brzuszne.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Likiernik i M. Cohn.

2) Kol. Sonnenberg przedstawił 35 letnią kobietę z liszajem wysiękowym. (lichen ruber planus). Chora od kilku tygodni jest dotknięta swędzącem cierpieniem skóry, w postaci rozsianych po całem ciele lub skupionych guziczków wielkości główki szpilki, mocno czerwonych, okrągłych lub wielokątnych

z wgłębieniem pośrodku i połyskiem. Wiele guziczków jest bezbarwnych i znacznie mniejszych.

3) Kol. Betté mówił O odrze i zapaleniu płuc włóknikowem w Łodzi w r. 1900.

4) Kol. Stankiewicz przedstawił: a) 4 preparaty macicy i b) Nerkę wyciętą z powodu pyonephrisis.

REFERATY.

Lewenstern. **Przypadek tętniaka urazowego tętnicy szyjowej wewnętrznej.** Uraz może niekiedy wywołać powstanie tętniaka, który w takim razie nosi miano aneurysma traumaticum s. spurium; taki tętniak ma wygląd torby z tkanki łącznej, wypełnionej krwią, chełboczącej przy obmacywaniu i tętniącej wespół z tętnicą, z której światłem jest w połączeniu. Najczęściej taki tętniak powstaje wskutek rany, zadanej ostrem, długiem, a cienkiem narzędziem; bez rany skórnej tętniaki urazowe bywają wywoływane przy złamaniach, gdy ostry odłam kości przebije ścianę tętnicy, przy zwichnieniach, przy t. zw. brisement forcé, kiedy ścianka pęka wskutek zbytniego naciągnięcia; opisany jest przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wspólnej (Matlakowski) wskutek przeżarcia jej ścianki przez jodynę, wstrzykniętą w celach leczniczych do obszernej torbieli szyjowej w wymienionej okolicy.

Umiejscawiają się tętniaki dość często na szyi i głowie, czemu sprzyja duża ilość tętnic leżących powierzchownie oraz okoliczność, że te części ciała są bardziej narażone na działanie urazu niż inne.

Obrażenia tętnic głowy pociągają za sobą poważne cierpienia, o ile nie nastąpi śmierć natychmiastowa wskutek znacznego upływu krwi. Tętniak tętnicy szyjowej wspólnej wywołuje objawy ucisku na tkankę, nerw błędny i współczulny i t. d.; niekiedy objawy duszności bywają tak silne, że jedynie trachetomia ratuje chorego. Lepsze nieco rokowanie dają tętniaki tętnicy szyjowej zewnętrznej i wewnętrznej. Czasem tętniak wypukłą swą częścią jest zwrócony do gardzieli i powoduje niekiedy błędne, a w skutkach fatalne, rozpoznanie anginae phlegmonosae: zabieg operacyjny bywa powodem śmiertelnego krwotoku. Najczęściej tętniak umiejscawia się po za migdałami i wypycha je ku przodowi — obraz łudząco podobny do t. zw. peritonsiilitis phlegmonosa.

Autor spostrzegał podobne cierpienie u pewnego ogrodnika. We wrześniu r. 1897 ten ogrodnik został zraniony nożem w oko-

licę skroniową prawą; gwałtowny krwotok, zatrzymany przez ucisk, powtórzył się po oprzytomnieniu chorego; ponowny ucisk i odpowiednia opaska zatrzymały upływ krwi. Następnego dnia wystąpiła trudność połykania, a w okolicy prawego kąta żuchwy wyczuto obrzmienie; połykanie wciąż się pogarszało, obrzmienie rosło, wreszcie wystąpiła chryka i bezgłos. Te objawy sprowadziły chorego do szpitala. Na pierwszy rzut oka przypadek robił wrażenie zapalenia ślinianki przyusznej prawej. Przy bliższem badaniu stwierdzono tętniący i dość mocno napięty guz, żuchwa nieco zwichnięta z prawej strony, lekki niedowład nerwu twarzowego, przekrwienie prawej łącznicy i skrzywienie języka na prawo przy wysuwaniu. W gardzieli łuk przedni prawy wypchnięty ku przodowi, migdałek zaczerwieniony i wypchnięty ku linii środkowej; przy dotyku obrzmienie elastyczne, tętni i rozszerza się na prawą stronę gardzieli, kończąc się w postaci wałka, 3 — 4 ctm. po za dolnym brzegiem migdałka. Przy badaniu krtani: bezwład struny prawdziwej prawej i zwężenie szpary głosowej. Chory nie może przyjmować pokarmów, głos ma cichy przytłumiony. Przy uciskaniu tętnicy szyjowej wspólnej tętnienie i miarowe rozszerzanie się guza ustaje. Dane powyższe pozwoliły stanowczo i niezaprzeczenie rozpoznać tętniak urazowy. W szpitalu guz wciąż się powiększał, tak że chory przestał przyjmować nawet płyny, unikając przykrego zakrztuszania się. W celu leczniczym podwiązano tętnicę szyjową wspólną prawą na wysokości chrząstki obrączkowej: guz stopniowo się zmniejszał i również stopniowo znikały towarzyszące mu objawy, a chory po miesiącu wypisał się zupełne zdrowy.

Podobne przypadki opisywali Dubrenil, Albert, Fehleisen i Wyetl: w tych wszystkich przypadkach guzy uwypuklały się zawsze na zewnątrz, na szyję i okolicę kąta żuchwy i na wewnątrz ku błonie śluzowej gardzieli, łuków i migdałków, a miejscem wyjścia była zawsze niemal tętnica szyjowa wewnętrzna.

Z objawów towarzyszących takiemu tętniakowi urazowemu na uwagę zasługuje: częściowe zwichnięcie (subluxatio), czego dotychczas żaden z autorów nie opisał. W opisywanym przypadkn użyto zabiegu Huntera, t. j. podwiązano tylko dośrodkową część tętnicy; najlepszy sposób jest podwiązanie obu części tętnicy, lecz w danych przypadkach jest on wogóle b. trudno wykonalny.

Gaz. Lek. 1901 № 26.

Z. P.

Gutmann. **Przypadek urazu czaszki ze znacznem zniszczeniem istoty mózgowia, bez zaburzeń czynnościowych.** Chłopiec dwunastoletni dostał się głową pomiędzy koła dwu mijających się wozów. Przez rany wylała się część istoty mózgowia; szybkie zagojenie się zmiażdżonej rany. W ciągu gojenia się były kilkakrotne wymioty i raz delirium w nocy; po za tem objawów mózgowych nie było. Tylko jeszcze tętno było niemiarowe. Po 4 tygodniach chłopiec

zaczął znów uczęszczać do szkoły nie zdradzając żadnego zboczenia. Miejsce urazu: między uchem a czołem po stronie prawej. W dopisku donosi autor: z listu od nauczyciela dowiedział się, że chłopiec, po upływie roku od opisanego urazu, zmienił się bardzo, że „często siedzi z oczyma bezmyślnemi i nieruchomemi“.

(D. med. Woch. 1900. № 22.)

Wendel. **Zmiany w charakterze jako objaw i skutek schorzenia zrazów czołowych.** W spostrzeżeniach o tej sprawie dotąd ogłoszonych zmiany w charakterze: (popęd do dowcipkowania, drażliwość, skłonność do czynów gwałtownych) były stałe. W. przytacza 2 przypadki, w których te zmiany występowały przemijająco; jednocześnie zaś potwierdzają one teoryę o związku zrazów czołowych z czynnościami duchowemi. W obu przypadkach przyczynę zaburzeń psychicznych stanowił uraz czaszki z uszkodzeniem zrazów czołowych prawych; zaburzenia trwały w jednym przypadku dni 10, w drugim — $^1/_4$ roku, po czem zupełnie ustąpiły i pacyenci stali się znów ludźmi normalnymi. W jednym przypadku dominował popęd do dowcipkowania, w drugim — zarozumiałość i łatwa gniewliwość.

(Mitth. a. d. Grenzgeb. VII. 4. 5.)

Honsell. **Uraz a gruźlica stawów.** Zapatrywania na znaczenie urazu w powstawaniu gruźlicy stawów są podzielone, gdy bowiem jedni badacze widzą w urazie ważny moment sprzyjający rozwojowi gruźlicy, inni związku tego nie uznają. Szereg nader ścisłych doświadczeń H. dowodzi, że wstrzykując do żył hodowle prątków gruźliczych można wywołać schorzenie zarówno zdrowych jak i uszkodzonych stawów. Ponieważ w doświadczeniach swych autor, posługując się hodowlami osłabionemi, wywoływał przewlekłą gruźlicę, możnaby, szczególnie mając na uwadze wyniki Courmont'a, przystać na wypowiedziane przezeń wnioski; należałoby jednak oczekiwać, że skoro wogóle uraz wywiera wpływ na umiejscowienie gruźlicy, wobec tego stawy zwichnięte powinny częściej od zdrowych ulegać schorzeniu. Dzieje się atoli wręcz odmiennie; gruźlica bowiem rozwinęła się w 12 zdrowych i zaledwie w 4 zwichniętych stawach, przy czem ze zwichniętych stawów kolanowych oraz łokciowych lewej strony schorzeniu uległo tylko 12%, podczas gdy ze stawów zdrowych strony prawej aż 23%. Innemi słowy: te stawy na które nie podziałał insult mechaniczny okazują większą skłonność do schorzenia gruźliczego niż analogiczne stawy urażone. Wobec tego wyniki H. zgadzają się z danemi otrzymanemi przez Friedrich'a który utrzymuje, że uraz nie wywiera żadnego wpływu na umiejscowienie gruźlicy.

Na podstawie otrzymanych danych H. wypowiada następujące wnioski:

1) przypuszczenie, jakoby między umiejscowieniem gruźlicy, a urazem istniał ścisły związek nie posiada dotychczas podstaw doświadczalnych;

2) mniemanie jakoby przez uraz można umiejscowić gruźlicę wszędzie, gdzie tego zechcemy, jest nieprawdopodobne;

3) jeżeli pomimo to istnieje związek między urazem a gruzlicą stawów, należy fakt ten tłomaczyć sobie w ten sposób, że właśnie dzięki urazowi gruźlica skryta przechodzi w jawną.

W końcu autor przytacza statystykę z kliniki w Tybindze obejmującą 1729 przypadków gruźlicy stawów i kości, z liczby tej tylko w 242=14% można uznać początek choroby zależny od urazu.

Beitr. Z. Klinisch. Chirurgie T. 28 Z. 3.

Fr. Grodecki.

A. Jefimow. **Przypadek rany cięto-kłutej płuca.** Do szpitala przywieziono chłopa ze wsi oddalonej o 25 wiorst z raną od noża na plecach, zadaną przed 12 godzinami. Skóra rozcięta równo na przestrzeni $^3/_4$ werszka pod lewą łopatką w okolicy IX przestworu międzyżebrowego, w odległości 4 palców od kręgosłupa. Po usunięciu powierzchownych skrzepów zgłębnik zagłębia się na 4 cm. w kierunku kręgosłupa (zzewnątrz nawewnątrz) i nieco z dołu ku górze; głębiej zgłębnik nie przechodzi z powodu skrzepów wewnętrznych. Na początku krwawienie było b. obfite, obecnie rana nie krwawi wcale. Dokoła rany na przestrzeni 6 cm. typowe trzeszczenie (odma podskórna); przy opukiwaniu stwierdzamy na tem miejscu stępienie, a osłuchowo brak szmerów oddychowych; przy oddychaniu ból w całej lewej połowie klatki piersiowej. Ciepłota 37,5°; czas jakiś chory pluł krwią.

Rana była zadana poprzez stary kożuch i koszulę przewiązana brudnym ręcznikiem. Krwioplucie, odma podskórna, bóle i dane osłuchowe i opukowe wskazują na niewątpliwe uszkodzenie opłucny i płuca. W takich przypadkach klasyczną zasadą (König) jest zaszyć ranę; autor jednak, nie będąc wstanie dokładnie oczyścić rany, a chcąc mieć zawsze dostęp do niej, postanowił jej nie zaszywać. Rana była starannie, o ile możności, oczyszczona, skrzepy wewnętrzne nie wyjęte, aby nie wywołać nowego krwawienia, do rany włożono gazę jodoformową, nałożono opatrunek; na ranę położono lód, wewnątrz 0,01 morfiny i spirit. aeth z tinc. valer, aet. Po 3 dniach odma podskórna znikła, po 5 — rana pokryta ziarniną, nie przepuszcza zgłębnika; po 3 dalszych dniach— oddech w ranionej okolicy słyszalny, krwioplucie ustało i chory czuje się zupełnie zdrowym.

Wraczebn. sanit. listok. 1000 № 13 i 14.

Fr. Schultze. **Przypadek głuchoty histerycznej.** Ten przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że objaw zupełnej głuchoty był przez długi czas jedyną oznaką cierpienia, póki nie przyłączyły się inne bardziej znamienne objawy. Przyczyną bezpośrednią był przestrach wywołany silnem trzaśnięciem drzwi. Uczeń czternastoletni zachowywał się jak sonambulik, któremu suggestywnie kazano być głuchym. W tym przypadku możnaby widzieć stwierdzenie przypuszczenia Jolly'ego, że ten objaw po-

lega na pomijaniu słyszanego (das Nichtbeachten des Gehörten) skutkiem zatamowania dróg, prowadzących do ośrodków uwagi i świadomości.

Z. P.

Deutsch. Aerzte-Ztg. 1901 № 4.

N. Neuberger. **O niezdolności do pracy przy chorobach skóry.** Chociaż choroby skóry dają mały odsetek niezdolności do pracy, nie należy niedoceniać ich znaczenia w tym względzie. Ważnem, rzecz prosta, jest dokładne rozpoznanie. W przypadku ogólnej przyszczycy łojotokowej pomimo skarg chorego na swędzenie, uniemożliwiające pracę, nie uznamy niezdolności do pracy, gdy wręcz przeciwne orzeczenie uczynimy w przypadku ogólnego lichen ruber. Chory cierpiący na opryszczkę brody lub przyszczycę twarzy nie może zajmować się pracą, jeśli lekarz mu zaordynuje ciągłe okłady z sublimatu lub octanu glinu: dlatego lepiej zastąpić te okłady na dzień przez plastry. Jeśli chory nie zgadza się na takie opaski, musimy ograniczyć leczenie tylko do pory nocnej: sprawa będzie trwała dłużej, lecz w takich przypadkach, zdaniem autora, wygrana na czasie (dla chorego) mniej jest ważna, niż strata pieniędzy przeznaczonych dla chorych (—dla kasy). Tymi samymi poglądami można się kierować przy świerzbiączce, łuszczycy i t. p.

Niezdolność do pracy powoduje wilk lub gruźlica brodawkowych (tbc. verrucosa) skóry, jeśli ma być operowana. Co się tyczy czyraków, to zdaniem autora, leczenie za pomocą plastra daje możność robotnikowi nie przerywania pracy. Oryginalnem jest zdanie autora, że przy chorobach skóry zaraźliwych wystarcza: uprzedzić robotnika o zaraźliwości jego cierpienia i usunąć możność zarażenia się przez wspólne ręczniki, naczynia i t. p.

Ciężkie choroby skóry, jak mycosis fungoides, pityriasis rubra, powodują niezdolność do pracy.

Przyszczyce zawodowe wymagają specyalnego omówienia. W tych przypadkach można choremu pozwolić dalej pracować, nawet przy niezupełnem wyzdrowieniu, jeśli dotknięte miejsca mogą być zasłonięte bandażem. W każdym poszczególnym przypadku winien lekarz fabryczny zażądać pomocy specyalisty.

Z. P.

Münch. Med. Wochenschr. 1901 № 17.

H. Kisch. **Pielęgnowanie chorych przy leczeniu otyłości.** Od chwili, kiedy przekonano się, że racyonalna metoda odtłuszczania powinna polegać na dyecie odpowiadającej zasadom przemiany materyi a regulowanej zgodnie z indywidualnemi własnościami leczonego osobnika, wzrosło znaczenie dozoru lekarza nad wykonywaniem przepisów terapeutycznych. Ilość i jakość pokarmów, rodzaj i ilość ruchu—winny być oznaczane po dokładnem rozważeniu budowy ogólnej pacyenta, jego dotychczasowego sposobu odżywiania się, zwyczajów, odporności, stanu krwi, społecznego stanowiska i środowiska, w którem się chory obraca. Należy ilość pokarmów stałych oznaczać dokładnie w gramach, płynnych

w ctm. sześc., określać zawartość w nich wody, białka, tłuszczu, wodanów węgla i ciepłostek. U ludzi normalnych utrzymanie przemiany w należytej sprawności wymaga dostarczenia dziennie 40 ciepłostek na 1 kg. wagi: dla otyłych wystarczy znacznie mniejsza ilość, a u bardzo tłustych $^{1}/_{4}$ część normy, nawet mniej. Jeśli człowiek normalny, wagi 70 kg. wymaga $40\times70=2800$ ciepłostek, to silnie otyły wagi 90 kg. nie będzie potrzebował do zużycia $40\times90=3600$ — wystarczy mu w zupełności 2500. Stosownie do tego możemy i musimy przy określaniu ilości pokarmów ograniczyć ilość wodanów węgla a prawie zupełnie usunąć tłuszcze. Przy otyłości u ludzi krwistych autor daje dziennie 160 g. białka, 80 g. wodanów węgla i 11 g. tłuszczu; przy otyłości, połączonej z niedokrwistością, ilość białka powinna wynosić 200 g., tłuszczu 12 i wodanów węgla 100 g.

Dla niektórych pokarmów i napojów, wystarczy wskazanie w życiu codziennem przyjętych miar np. łyżka stołowa, kieliszek od wina, 2 sucharki i t. p.

Ilości napojów nie ograniczamy przy otyłości ludzi krwistych z dobrą sprawnością serca; przy otyłości, połączonej z anemią, przy widocznych objawach zastoinowych, przy zbytniej obfitości wody we krwi—musimy ograniczyć ilość napoju, zwykle o 1200—1000 cm.^{3} niżej normy fizyologicznej; należy przytem zauważyć, że zmniejszanie ilości napojów musi być stopniowe i nie trwać zbyt długo. Podług Oertel'a ilość napojów winna być normowana w ten sposób: filiżanka kawy, herbaty, mleka lub innego płynu, 750 cm.^{3}, rano; $^{2}/_{3}$ l. wina wieczorem (350 cm.^{3}), prócz tego $^{1}/_{4}$—$^{2}/_{3}$ l. wody, prócz płynów zawartych w pokarmach; przy obiedzie mały talerz zupy (100 cm.^{3}).

Co się tyczy ruchu, to na początku leczenia chory powinien używać go tylko o tyle, na ile mu pozwala jego otłuszczone serce; to też na początku każemy choremu przechadzać się po równinie, stopniowo pozwalamy na spacery po pagórkach, a wreszcie po górach.

Systematyczne ważenie chorych, przynajmniej raz dziennie, jest rzeczą dużej wagi, zarówno jak i wykonywane jednocześnie pomiary, a to w celach kontroli wyników leczenia. Pozatem należy sprawdzać siłę mięśni i serca za pomocą dynamometru i sfigmografu: jeśli podług dynamometru siła mięśni się zmniejsza, to znaczy, że leczenie jest zbyt energiczne, gdyż zanika nietylko tłuszcz, lecz i tkanka mięśni; zwiększanie się natomiast siły mięśniowej jest dowodem pomyślnego przebiegu kuracyi; takież wskazówki otrzymujemy za pomocą sfigmografu.

Równie ważnem, lecz trudnem do wykonania, jest określanie stanu przemiany materyi, aby w razie zbytniej utraty białka wstrzymać ją, zmieniając odpowiednio skład pokarmów. Ważnym jest wpływ duchowy lekarza, który powinien rozbudzać w chorych dążenie do poważniejszej pracy, od której tacy chorzy zwykle się odzwyczaili.

Z. P.

Berl. Klin. Wochenschr. 1900. № 39.

A. Pick. **Hydroterapia przy zapaleniu płuc.** Nie posiadamy środka swoistego dla zwalczania tej choroby; zadaniem leczenia jest wzmocnienie ustroju, nadanie mu zdolności przemożenia choroby. Jednym ze środków, odpowiadających powyższym zadaniom, jest wodolecznictwo, które może tu być stosowane w postaci chłodnych kąpieli, obmywań cząstkowych i opasek krzyżowych. Kąpiele stosujemy o ciepłocie 24—22^0 R.; jednocześnie 3 osoby silnie nacierają chorego, siedzącego w wannie; takie kąpiele trwają 8—10 minut; podczas nich od czasu do czasu robimy choremu krótkie natryski na kark; kąpiel winna się odbywać w obecności lekarza.

Działanie kąpieli polega nie na obniżeniu ciepłoty ciała, lecz głównie na wzmocnieniu napięcia tętnic skóry i zwolnieniu tętna, oraz na znacznem polepszeniu się ogólnego podmiotowego stanu chorego; język przybiera lepszy wygląd, apetyt wzrasta. Po za szpitalem jednakże wodolecznictwo w postaci kąpieli napotyka na poważne przeszkody zarówno skutkiem uprzedzenia ogółu, jak z powodu braku odpowiednich urządzeń kąpielowych i należycie wykształconych w tym kierunku pielęgarzy.

Łatwiejsze do zastosowania są obmywania cząstkowe, polegające na nakładaniu na oddzielne miejsca ręczników zmaczanych w zimnej wodzie i wycieranie nimi skóry, poczem na miejsce mokrego ręcznika kładziemy suchy i znów skórę rozcieramy; ta manipulacya powtarza się 3—4 razy dziennie. Takie obmywanie wodą o 9^0 R. odpowiada kąpieli 24—22^0 R., trwającej 8 minut. Można wzmocnić lub osłabić działanie tych obmywań, zniżając lub podnosząc ciepłotę wody, albo też zwiększając lub zmiejszając dzienną ich ilość.

Jako środek pomocniczy do powyższych zabiegów stosujemy opaski krzyżowe, do których przy słabem tętnie dodajemy wężownicę na serce. Przy bredzeniu nakładamy na głowę zimne okłady.

Autor wielokrotnie stosował zabiegi wodolecznicze przy zap. płuc włóknikowem i doszedł do następujących wyników: na 60 przypadków było 4 cum exitu laetali, przyczem w jednym było powikłanie ropne zapaleniem otrzewnej i opłucnej, w drugim okazały się zropiałemi znacznie powiększone gruczoły oskrzelowe oraz stwierdzono zapalenie osierdzia i otrzewnej, w trzecim chory był pijakiem nałogowym.

Przy zapaleniu nieżytowem wszystkie przypadki z zejściem śmiertelnem były powikłane, jak się okazało na sekcyi, gruźlicą płuc, ropnem zapaleniem oskrzeli; we wszystkich innych następowało wyzdrowienie, choć w 2 stwierdzono również laseczniki Kocha.

Z. P.

Bl. f. Klin. Hydrotherapie. 1900. № 7 i 8.

R. Langendorf. **O kąpieli powietrznej.** Kąpiel powietrzna polega na tem, że rozebrani do naga wykonywamy rozmaite ruchy na powietrzu. Ponieważ ludzie cywilizowani nie są przyzwyczajeni do obnażenia całego ciała, powietrze wywołuje więc pewne

podrażnienie skóry, o które właśnie chodzi w tych przypadkach. Podrażnienie jest tu przeważnie termiczne, polegające na pierwotnem zwężeniu naczyń skóry, które się później rozszerzają, wywołując przekrwienie czynne; to przekrwienie powstaje prędzej, jeśli jednocześnie wykonywamy pewne ruchy: prócz tego powietrze działa mechanicznie przez ciągły ruch swoich cząsteczek. Różnica między kąpielą powietrzną, a wodną, zimną, polega na tem, że w pierwszym razie przekrwienie czynne trwa przez cały czas kąpieli, w drugim zaś w krótkim czasie z czynnego staje się biernem. Woda, odejmując dużo ciepła, obniża ciepłotę skóry i całego ciała i paraliżuje zakończenia nerwów w skórze, przez co ścianki naczyń ulegają osłabieniu i biernie się rozszerzają. W kąpieli powietrznej o ciepłocie równomiernej utrata ciepła bywa mniejsza, a krew ciepła przypływająca do naczyń, jest w stanie utratę ciepła wyrównać — w ten sposób czynność nerwów skórnych jest ciągle w stanie pobudzenia; mamy przez cały czas trwania kąpieli przekrwienie czynne. Nie ulega wątpliwości, że ciało w kąpieli powietrznej traci pewną ilość ciepła; jeśli T.° ciała pomimo to się nie obniża, mamy dowód, że zachodzi wtedy wzmożenie przemiany materyi.

Powietrzne kąpiele wpływają dodatnio na czynność skóry: oddychową, wydalającą i wydzielniczą. W zwykłych warunkach ubranie stanowi pewną zaporę dla tych czynności skóry; w kąpieli powietrznej oddychanie, wydalanie i wydzielanie odbywa się bez przeszkód. Więc kąpiele powietrze jakościowo działają tak, jak kąpiele z zimnej wody, tylko stopień ich wpływu jest bardziej umiarkowany.

Kąpiele powietrzne są pomocne przy neurastenii i stanach niedokrwistości, przy zwolnionej lub niedostatecznej przemianie materyi, np. przy dnie i gośćcu stawowym; przy tych cierpieniach kąpiele powietrzne są leczeniem przyczynowem, działającem przedewszystkiem na causa efficiens (niedostateczna przemiana, słabe utlenianie wewnątrztkankowe) Kąpiele powietrzne usuwają długotrwałe i uporczywe wyrzuty pryszczycowe.

Ciepłota kąpieli powietrznej bywa rozmaita; nie powinna być wszakże wyższą nad 20° R. u ludzi słabych zarówno jak u niedokrwistych; u silniejszych, dobrze odżywianych, zaczynamy odrazu od 11–16° R. Najlepiej brać te kąpiele między godz. 5 a 9 rano: trwanie takiej kąpieli: z początku 10—20 minut, później stopniowo przedłużać o 5 minut, tak że po 10 dniach kąpiel może trwać godzinę. Od 11 dnia zmniejszamy ciepłotę wanny, co 5–8 dni o 1° „przedłużając w dalszym ciągu czas jej trwania“. W ten sposób w 4-tym tygodniu chory może pozostawać w kąpieli o 12° R. przez 2 godziny.

Wiener med. Wochenschr. 1900 № 1—3. Z. P.

Z Towarzystw Lekarskich.

(Powstawanie chorób wskutek urazu.)

Szteyner przedstawił chłopca 15-letniego, który uległ wypadkowi zgniecenia przez maszynę bocznej części brzucha i w kilka tygodni po wypadku przybył na oddział S. wycieńczony, gorącz-

kujący, z odbytem nieprawidłowym w okolicy lędźwiowej i zatokami ropnemi. Przedewszystkiem pootwierano wszystkie zatoki ropne, przyczem znaleziono obnażenie kości biodrowej, wyrostków poprzecznych i kręgów lędźwiowych; stwierdzono również, że odbyt nieprawidłowy prowadzi do okrężnicy zstępującej. Gdy zatoki się pogoiły, przystąpiono do laparotomii: z przodu i z boku wycięto koniec okrężnicy i zeszyto kolisto. Zagojenie nastąpiło bez powikłań.

Bregman przedstawił 2-ch chorych: 1) Pierwszy zdradza typowe objawy *haematomyeliae coni terminalis*. Po upadku z wysokości 4 — 5 łokci na pośladki wystąpiło zupełne porażenie kończyn dolnych, ruchowe i czuciowe, *retentio urinae et alvi*. Następnie stopniowa poprawa. W chwili obecnej porażenie ruchowe ograniczyło się do zginaczy i rozginaczy palców, zginaczy stopy i częściowo zginaczy kolana: prawa kończyna bardziej porażona, niż lewa; zaburzenia czuciowe (na pośladkach, na tylniej powierzchni uda, na zewnętrznej stronie stopy i podeszwy) na lewej stronie silniej wyrażone; brak odruchów ze ścięgna Achillesa i podeszwowych, wzmożenie odruchów kolanowych; niemożność zatrzymania moczu i kału; parestezye, zwłaszcza w około odbytu i na stopach; odczyn zwyrodnienia w mięśniach najwięcej porażonych. Na uwagę zasługuje lekko wyrażony typ porażenia Brown-Sequard'a.

2) Chory drugi przedstawia podobny obraz chorobowy, z tą różnicą, że porażenie ruchowe, odczyn zwyrodnienia w mięśniach i jednocześnie zaburzenia czuciowe występują przeważnie na lewej kończynie dolnej. Zaburzenia w urynowaniu, parestezye, zmiany w odruchach te same, co w przypadku poprzednim. Objawy choroby występować zaczęły w rok po upadku z bryczki i zwichnięciu lewego biodra. B. sądzi, że na tle urazu rozwinął się tutaj guz, prawdopodobnie natury gruźliczej [ze względu na stan płuc chorego], który uciska ogon koński.

Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek wylewu krwi do stożka rdzeniowego *(haemorrhagia coni medullaris)* i do kanału kręgowego z uciskiem ogona końskiego *(compresio caudae equinae)*, powikłany uciskiem rdzenia i zajęciem nerwów obwodowych. Chory, lat 22, 10 paźdz. r. z., przechodząc przez most prazki, został przerzucony przez baryerę i padł na piasek. Po wypadku tym wystąpił silny ból i drętwienie w okolicy odbytnicy, zupełny bezwład nóg, niemożność oddawania moczu i kału. Badany przez K. we dwa przeszło miesiące potem, chory przedstawił objawy następujące: wybitne zniekszsałcenie kręgosłupa: środkowa część grzbietowa przedstawia wolne skrzywienie ku przodowi, 11-ty zaś i 12-ty kręg piersiowy i 1-szy lędźwiowy silnie wystają ku tyłowi; na miejscu *synchondrosis sacroiliaca dextra* zgrubienie kostne; kręgosłup, począwszy od środkowej części grzbietowej ku dołowi, bolesny na ucisk i przy opukiwaniu; chód paretyczny z odcieniem t. zw. *steepage;* siła mięśniowa w obu dolnych kończynach, a zwłaszcza w prawej, mocno osłabiona; najwięcej porażone są mięśnie

zginacze stóp, zginacze i rozginacze palców; odczyn zwyrodnienia w niektórych mięśniach; odruchy kolanowe wzmożone, ze ścięgna zaś Achillesa i skórne zniesione; zaburzenia czucia w okolicy odbytnicy, na pośladkach, na tylnej środkowej części bioder, goleni i w okolicy pięt; bolesność na ucisk nerwów kulszowych i strzałkowych; parestezye w okolicy kości ogonowej, zaburzenia w oddawaniu moczu. W ciągu 6-miesięcznej obserwacyi nastąpiła poprawa w stanie chorego.

Tow. lek. Warszawsk. 18. VI. 1901, „Gaz. lek.“ № 34.

Verneuil. **Złamanie zmiażdżone i powikłane części wypukłej czaszki ze złamaniem skrzyżowanem podstawy czaszki.** Woźnica wpadł głową między dyszel jednego wozu, a ścianę drugiego. Zapaść, tętno niezliczalne, krwawienie z lewego ucha i obu otworów nosowych. Po kilku godzinach przytomność powróciła, tętno się polepszyło, żadnych objawów porażenia. Dużo ran na lewej połowie twarzy i z prawej strony w okolicy potylicowej. Przy znieczuleniu, trzeciego dnia, okazało się, że płat części miękkich w kształcie litery V — na prawej stronie okolicy potylicowej—leży bezpośrednio na oponie twardej, a kości w tem miejscu 5 ctm. □ brak zupełnie. Opona twarda jest rozerwana na przestrzeni 2,5 ctm., z rozerwania występuje istota mózgowa; sonda w miejscu rozerwania wyczuwa obecności ciała obcego, które okazuje się kością. Wystająca część mózgu została obcięta, opona twarda zaszyta. Między oponą twardą i kością znaleziono jeszcze kilka odłamków. W kości potylicowej prócz braku kości jeszcze szpara z brzegami zachodzącymi jeden na drugi. Tamponada i dren. Po 4 miesiącach rany ulegają zagojeniu. Obustronne porażenie oczu wewnętrzne (ophtalmoplegia interna) znikło, przyśrodkowe mroczki (scotoma) na lewem oku pozostają bez zmiany.

Belgijskie Tow. Chirurg r. 1900.

Scheidl. **Otwarte złamanie czaszki, trepanacya i heteroplastyka, wyleczenie.** Chory został uderzony kopytem i uległ złamaniu otwartemu czaszki w lewej okolicy czołowej, z wgłębieniem odłamków i objawami ucisku, z utratą przytomności i drgawkami. Trepanacya w odurzeniu, usunięcie kilku odłamków kości 3—5 cm. długich i 1—3 szerokich wraz z resztkami słomy; oczyszczenie rozerwanych opon mózgowych ostrą łyżeczką i nożyczkami, obmycie jałowym roztworem soli kuchennej, lekka tamponada. Po 12 dniach przy pierwszej zmianie opatrunku pod narkozą założenie płytki celuloidowej $5^1/_2$ cm. długiej i 3 cm. szerokiej na miejsce szerokiego braku kostnego. Lekki szew nie utrzymał się i po $2^1/_2$ tygodniach musiano ponownie tę procedurę powtórzyć. W 7 tygodni po zdarzeniu zupełne restitutio ad integrum.

Związek Lekarzy Wojskowych Garnizonu Wiedeńskiego 31.III.00.

Honigmann. **Przypadek urazowego zapalenia opon mózgowych.** Powstanie zapalenia opon mózgowych po urazie wskutek wyłącznie tylko wstrząsu mózgu jest podług zasad nowoczesnej nauki niemożliwe; zapalenie opon mózgowych powstaje nie wskutek

urazu bezpośrednio, lecz wskutek tego, że uraz daje locum minoris resistentiae dla drobnoustrojów, które mogą dostawać się wewnątrz ludzkiego organizmu bądź przez jaką otwartą ranę, bądź przez nos i gardziel.

Chory — 36-letni, silny mężczyzna — dotychczas zupełnie zdrowy spadł z kupy worków soli, wysokiej na $2^1/_2$ m. na platformę tramwaju, na lewą kość ciemieniową, potoczył się i spadł bez przytomności na bruk. Po 10 minutach oprzytomniał, poczuł silne bóle w grzbiecie i udał się teraz do szpitala. Żadnych oznak złamania czaszki nie było, przytomność zachowana. Szóstego dnia po urazie obraz się nagle zmienił. Ciepłota się znacznie podniosła, chory poczuł straszne bóle głowy z tylu i lewej strony czoła. W następnych dniach objawy wymienione trwały, a bóle grzbietowe rozszerzyły się na cały kręgosłup. Zjawił się wyraźny opistotonus, który wywoływał przy najlżejszem poruszeniu silne bóle. Ten stan trwał 8 dni, poczem stopniowo chory powrócił do zdrowia.

Sekcya Lek. Szlązk. Tow. kultury ojczystej. 27.IV.00.

Z. P.

S c h m i e d i c k e. **Porażenie po nieszczęśliwem zdarzeniu.** Ogrodnik, lat 28, spadł z drzewem na ziemię—na piersi i brzuch. Po 5 dniach pozostał tylko ból w krzyżu przy zginaniu się. W 12 tygodni po zdarzeniu: parcie na mocz, w $1^1/_4$ roku wystąpił brak odruchu źrenicowego na światło, w 2 miesiące później zjawiły się napady odrętwienia kończyn, zboczenia mowy, bełkotanie, niedowład nerwu twarzowego. Goldscheider rozpoznał porażenie pochodzenia nerwowego, ponieważ do czasu tego zdarzenia chory był zupełnie zdrów, a od tej pory uskarżał się na ból w krzyżu; przytem nie było innego punktu wytycznego dla powstania powyższego cierpienia; przy porażeniach urazowych najczęściej ma miejsce obrażenie głowy, lecz bywają porażenia, które powstają z rdzenia kręgowego drogą wstępującą.

Tow. Lek. Wojskow. w Berlinie 1900.

Z. P.

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

Wydział hygieny ludowej (20. IV. i 4. V. 1901).

Dr. K o s m a c i ń s k i z Drobina podał opis i kosztorys łaźni, założonej tam w grudniu r. z. Koszt przeróbki domu mieszkalnego na łaźnię wynosi 630 rubli. Należy zauważyć, że drzewo budulcowe i robotnik w Płockiem jest drogi, a niektóre rzeczy trzeba było sprowadzać z odległego o 5 mil Płocka. Oprócz stu rubli, otrzymanych od Tow. Hyg. w Warszawie, resztę funduszu na budowę dały dobrowolne składki, dzięki zabiegom okolicznych pań obywatelek. Cenę oznaczono na 3 kop. dla służby dworskiej i 5 kop. dla przychodzących z miasta i postanowiono urządzać łaźnię co czwartek i sobotę; oprócz tego, 3 dni z rzędu przed świętami Bożego Narodzenia i Wielkiejnocy. Później czwartki zostały zniesione,

a obywatele w okolicy kupowali sami pewną ilość biletów i zaczęli przysyłać ludzi swojemi końmi co sobotę popołudniu. Ilość kąpiących się znacznie wtedy wzrosła. W ciącu 6 po sobie idących dni w marcu i kwietniu było ogółem 540 osób, z liczby których 120 z miasta i 420 ze wsi, czyli przeciętnie 90 osób w jeden dzień. Przez letnie miesiące łaźnia będzie nieczynną. tygodni zatem czynnych będzie 32 w roku. Koszta w ciągu roku będą następujące: Na ogrzanie kamieni i 2-ch kotłów wody, po 50 wiader, wychodzi przeszło $^{1}/_{4}$ sążnia drzewa, co uczyni przez 32 tygodnie około 9 sążni; na opał dla stróża 1 sążeń, razem 10 sążni po 19 rubli — 190 rubli. Pensya stróża 40 rub., wynajęcie lokalu 40 reparacya 10—razem 280 rub., czyli jeden dzień kąpielowy około 9 rubli, jeden kąpiący się 10 kop.

Dr. Rajkowski z Ciechanowa odczytał rzecz: „*O leczeniu przez nielekarzy*“. Będzie drukowane w „Czasopiśmie lek.“.

W rozprawach Tchórznicki podnosił potrzebę badania medycyny ludowej; *Sawicki* uważa za konieczne znajomość dla lekarzy medycyny ludowej; Jakimiak zwraca uwagę na szerzenie się partactwa nawet w tych krajach, w których i oświata stoi wysoko i jest nadmiar lekarzy.

B. Peltyn z Zawiercia odczytał rzecz: „O żywieniu się ludu wiejskiego,“ opartą na 85 odpowiedziach na kwestyonaryusz, rozesłany w tej sprawie podczas II-ej wystawy hygienicznej. Odpowiedzi dotyczyły przeważnie jakości pożywienia. Wielkiej różnicy pomiędzy żywieniem się włościan zamożniejszych i niezamożnych niema. Mąka żytnia, i to w połowie razowa, jest w największem użyciu. Pszenna mąka stanowi niejako przysmak w dni świąteczne. W niektórych okolicach używają mąki jęczmiennej, a nawet grochowej. Gryczanej używają mało, gdzieniegdzie owsianą i z kukurydzy.

Kaszą, najczęściej używaną, jest jęczmienna, oraz ulubiona jaglana. Rzadziej jadają gryczaną.

Kartofle stanowią wszędzie główną podstawę pokarmu ludu. W bardzo często jadanych kluskach kartoflanych, rozcieranych na surowo, kartofle tracą niemal całe swe białko z wyżętym z nich sokiem.

Mięso jadają tylko w dni wyjątkowe, i to przeważnie gotowane. Wieprza wagi 150—300 funtów zamożniejsi biją raz lub dwa razy do roku! Krowinę jadają z dobitych lub padłych sztuk. Dość chętnie jadają baraninę. W sieradzkiem używają za pokarm mięsa królików.

Śledzie w post jadają wszędzie; ryby bardzo rzadko.

Nabiał w znacznej części idzie na sprzedaż. W domu używa się dla dzieci, do przyprawiania potraw i zsiadłe latem.

Z tłuszczów poza słoniną używają sadła wieprzowego, ubożsi łoju wołowego, olejów lnianego i rzepakowego

Kapusta stanowi, obok kartofli, podstawowy pokarm ludu. Do syć często jedzą brukiew, rzepę, pasternak, ogórki, banię (dynię). Szczaw i sałatę rzadko; marchew również.

Owoce mało są w użyciu: liche wiśnie i śliwki, oraz ulęgałki z dzikich grusz. Zupy owocowe, owoce suszone; powidła znają tylko w lubelskiem.

Kawę i herbatę pijają w dni wyjątkowe. Do kawy dodają dużo cykoryi i żyto palone cukru bardzo skąpo.

Z dziewięciu odpowiedzi, zawierających dokładniejsze dane ilościowe, dr. *Pełtyn* obliczył w całodziennem pożywianiu dorosłego przeciętną ilość białka 139 gramów (106—180), tłuszczów 60 (42—73), węglowodanów 855 (507—1302).

Wobec niewiadomości, ile się wchłania ze spożytych pokarmów, trudno stawiać wnioski o dostateczności pożywienia ludu.

W dyskusyi rozbierano szerzej marnotrawstwo w pożywieniu ludu. Marnuje się środki pokarmowe, przyrządzając z nich pokarmy mniej strawne, smaczne i urozmaicone, niżby to dziś już było możliwe. Mówiono wreszcie o pierwszorzędnego znaczenia pracy dr. Rutkowskiego z Płońska, ogłoszonej niedawno w „Prawdzie“.

Podniesiono gorąco myśl zajęcia się przez młodych lekarzy lub studentów medycyny, na wakacyach przynajmniej, rozbiorami moczu jedną i tą samą metodą, i to najprostszą. Dr. Mutermilch przyobiecał dać w swej pracowni życzącym zająć się tą sprawą potrzebne wzkazówki.

(„Zdrowie“ Z. VII.).

KRONIKA

— Rada lekarska ministeryum spraw wewnętrznych — zapytywana w tej sprawie z powodu skargi prywatnej — uznała, że: lekarzom nie wolno starać się o przywilej (patent) na środki lecznicze lub zapobiegawcze, ponieważ sprzeciwia się to przysiędze, jaką składa każdy lekarz, otrzymując dyplon.

— Nakładem wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“ wyszedł z druku drugi tom dzieła d-ra Biegańskiego p. t. „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“. Wkrótce nakładem tegoż wydawnictwa wyjść mają następujące książki: d-ra Herynga — „Dyagnostyka i terapia chorób nosa i krtani“. D-ra Sokołowskiego „Choroby tchawicy, oskrzeli i śródpiersia“ oraz prof. Przewoskiego. „Podręcznik anatomii patologicznej“.

— Szpital św. Ducha w Łomży. W roku 1899, jak donosi sprawozdanie urzędowe, w szpitalu św. Ducha znajdowało się 875 chorych, z których wyzdrowiało 700, zmarło 100 osób Chorych ambulatoryjnych było 849. Na utrzymanie spitala wpłynęło w ciągu roku 10483 rb. 22 k. należało wypełnić 12866 rb. 31 k. pozostało wydatków nieopłaconych 2598 rb. 62 k. Utrzymanie dzienne chorego wynosiło precietnie 58,98 k. Kapitału w papierach % posiada szpital na sumę 10900 rb.

— Zarząd kolei Nadwiślańskiej, wybudował w Mławie przy stacyi budynek dla łaźni parowej. Dwa lata jeknakże już mija, jak wybudowano tę łaźnię, kolej jednakże do tego czasu nie może się zdobyć na sprawienie wanien i urządzenie wewnętrzne. Na cóż jednakże budowano łaźnię, jeżeli stać ma pustkami?

(Echa płock. i łom. № 54. 1901)

— Z Ciechanowskiego piszą do „Ech płock. i łomż.“ (№ 55). Przez rok okrągły doktór, specyjalnie zaangażowany, jeździł dorożką po powiecie, no

i gdzie znalazł chorego na folwarku doń należącym, zastosowywał środki pomocy, żeby po dwóch tygodniach dopiero sprawdzić ich skuteczność. Rzecz prosta, że podróżując w liche szkapiny dorożkarskie po naszych drogach, mało miał czasu na zajęcia się chorującym ludem, to też sprzykrzył sobie podobne zajęcie i porzuca nas, a my musimy szukać nowych dróg dla dopięcia celu. Szkoda nam jednak straconego roku niefortunnej próby, szkoda większa młodego człowieka, który, postawiony w innych warunkach umowy, śmiało rzec mogę, wiele więcej zrobiłby dobrego.

W ostatnich czasach tyle się pisze i mówi o hygienie iudu, że ta mimowoli zaczyna wchodzić w życie, więc w ciechanowskiem zaczynamy już budować mieszkania dla służby w duchu potrzeb i wymagań hygieny o ile, rozumie się jesteśmy zmuszeni do budowania domów nowych. Mam tu na myśli dominium Żochy, właściciel którego p. Ch. buduje czworak nowy, stosując, o ile się dadzą zastosować w praktyce, przepisy hygieny i fakt znamienny: służba wyprasza się od zajęcia lokali w nowobudowanym domu z obawy przed zimnem. Może to i racya, gdyż zimą, po całodziennem wymrożeniu się, nie dziw, że powracający do domu robotnik, pragnie się wygrzać, a od dziecka przywykł do ciepła w izbie dochodzącego nieraz do 20° Ream., czego trudno dopiąć w obszernem wysokiem mieszkaniu".

— W sprawie organizacyi Pomocy lekarskiej po wsiach Królestwa Polskiego. Rada państwa wydała w 1897 roku postanowienie w sprawie organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej w gub. płockiej, które uzyskało Najwyższe zatwierdzenie d. 14-go czerwca t. r. Jednocześnie rada państwa postanowiła pozostawić ministeryum spraw wewnętrznych, po upływie 3 lat od dnia wprowadzenia tymczasowego etatu oddziałowych urządzeń lekarskich w gub. płockiej, wniesienie do uznania rady państwa, w porządku ustanowionym, ostatecznych wniosków co do organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej w całem Królestwie Polskiem.

Urządzenia oddziałowe lekarskie w gub. płockiej otwarte zostały w końcu r. 1898*), a tym sposobem w r. b. upływa termin trzechletni, określony do opracowania projektu organizacyi pomocy lekarskiej wiejskiej we wszystkich innych guberniach Królestwa Polskiego.

Zapoznawszy się ze wszystkimi szczegółami oraz z materyałami, posiadanemi w zarządzie naczelnej władzy krajowej, dotyczącemi urządzeń lekarskich w gub. płockiej, tudzież z organizacyą pomocy lekarskiej wiejskiej w krajach północno i południowo-zachodnich, J. E. Główny Naczelnik kraju przyszedł do przekonania, że organizacya w gub. płockiej nie może służyć za wzór dla gubernii pozostałych.

System wyjazdów peryodycznych lekarza oddziałowego do punktów ambulatoryjnych, stworzony celem zbliżenia lekarza do ludności, w rzeczywistości nie osiąga upatrzonego celu, ponieważ terminy tych wyjazdów mogą tylko przypadkowo zbiegać się z poważną potrzebą lekarza w okolicach danego ambulatoryum. Przybycie zaś doktora do tego miejsca i przymusowe przebywanie w niem w ciągu całego dnia w rzeczywistości oddala lekarza od wszystkich innych punktów okręgu, gdzie obecność jego w tej lub innej chwili byłaby nierównie korzystniejszą dla ludności.

Wielokrotne doświadczenie medycyny wiejskiej wskazuje, że udoskonalony system posterunkowy przewiduje większą liczbę lekarzy, a mniejszy obrąb oddziałów. Za normę oddziału lekarskiego należy uważać przestrzeń 450 wiorst kwadratowych z promieniem od 15 do 20 wiorst i z ludnością od od 25,000 do 30,000 osób. Norma ta nie jest osiągnięta w kraju naszym, ponieważ urządzenie takiej liczby oddziałów okazałoby się prawdopodobnie nieodpowiedniem do środków płatniczych ludności.

Ale przy opracowaniu organizacyi pomocy lekarskiej w kraju koniecznem jest, jak się okazało, dążyć do osiągnięcia normy pomienionej, a w każdym razie do ustanowienia systemu posterunkowego z możliwie najmniejszym obrębem rewirów, gdyż za celowością tego systemu wypowiedziała się większość gubernatorów w kraju tutejszym

*) O dotychczasowej działalności pomocy w gub. Płockiej p. „Czasopismo" z r. b. str. 230 i 269.

w odpowiedzi na rozesłany im kwestyonarjusz jenerał-gubernatora.

Przy systemie płockim niedostatecznie uwzględniono stronę sanitarną sprawy: gromadzenie i systematyzowanie materjału, dostarczanego przez działalność lekarzy; badanie ilości zachorowań ludności w związku z warunkami życia w różnych miejscowościach gubernii; walką z epidemiami i przymiotem, tudzież ochronne szczepienie ospy. Pomoc akuszeryjna przy porodach powinna również możliwie najszerszej być rozpowszechnioną.

Wreszcie w gub. płockiej, nie bacząc na istnienie podatku, potrzebujący pomocy lekarskiej zmuszeni są do ponoszenia kosztów na nabywanie lekarstw w czasie choroby, mianowicie wówczas, kiedy zdolność ich do pracy zniweczona jest stanem zdrowia. Zdaniem naczelnej władzy krajowej, pomoc lekarska we wszystkich formach powinna być bezpłatną.

Na postawie przytoczonych motywów, opracowanie sprawy organizacyi pomocy lekarskiej w guberniach Królestwa Polskiego powinno być oparte na zasadach następujących:

1) Każdy powiat powinien być rozdzielony na pewną liczbę rewirów, stosownie do wskazanych powyżej norm, ale z uwzględnieniem przedewszystkiem środków płatniczych ludności i z wyznaczeniem posterunków lekarskich w możliwie najbardziej zaludnionych miejscowościach, nawiedzanych przez ludność okoliczną nietylko z powodu potrzeby pomocy lekarskiej. Sieć takich punktów, stosownie do norm odległości, powinna być upatrzona niezwłocznie, niezależnie od tego, że na razie ustanowiona będzie tylko taka ilość punktów, jaką można otworzyć stosownie do zamożności gubernii w danej chwili.

2) W każdym takim wybranym punkcie koniecznem będzie urządzenie dla chorych przychodzących, gdyż połączenie urządzeń oddziałowych ze szpitalami powiatowemi, jak to okazało doświadczenie w gub. płockiej, nie może być zastosowane. Lekarz oddziałowy powinien godziny oznaczone codziennie przebywać w lecznicy, w oznaczonym też czasie przyjmować chorych ambulatoryjnych, w pozostałym zaś czasie dnia odwiedzać ciężko chorych w domach, jeżeli nie zamieszkują daleko od punktu jego z mieszkania. Według etatów lekarskich w pow. gub. kijowskiej, Najwyżej zatwierdzonych d. 29-go kwietnia r. b., na wydatki gospodarcze każdej lecznicy i utrzymanie w niej 10 łóżek wyznaczono 1,500 rbl. rocznie. Suma ta, jak się okazuje, może być uważana za dostateczną w kraju tutejszym, w każdym jednak razie kwestya ta wymaga oddzielnego rozpatrzenia co do każdej gubernii poszczególnie. Budowę oddzielnych gmachów dla lecznic, zdaniem naczelnej władzy krajowej, na razie należy koniecznie odłożyć aż do dalszych wskazówek praktycznych.

3) Przy każdym punkcie powinien znajdować się felczer, a jeżeli można 2 felczerów. Jeżeli będzie 2 felczerów, jeden z nich pracować winien wyłącznie w lecznicy, drugi zaś przy ambulatoryum, jak również szczepić ospę i odwiedzać chorych w domu, według wskazówek lekarza oddziałowego. Samodzielne posterunki felczerskie, jak wykazało doświadczenie w guberniach zachodnich, nie są pożądane. Nadto przy każdej lecznicy powinna się znajdować akuszerka, lub felczerka-akuszerka. Jeżeli środki materyalne gubernii pozwalają, liczba akuszerek w rewirze do udzielania pomocy przy porodach na miejscu powinna być powiększona.

4) Na nabycie i reparacyę instrumentów, przyrządów aptekarskich i utensylyów szpitalnych na każdy oddział należy wyasygnować 40 do 45 r. rocznie. Na nabycie lekarstw według etatów gubernii kijowskiej zamierzano wyznaczać po rbl. 600 rocznie. Summa na ten cel winna być ustanowiona według przybliżonego obliczenia zapotrzebowania w każdej oddzielnej gubernii poszczególnie.

5) Na urządzenie i utrzymanie w każdej gubernii cielętnika lub nabycie szczepionek ospy, według nowych etatów gubernii kijowskiej, wyznaczono 3000 rb. rocznie. Suma ta dla gubernii Królestwa prawdopodobnie nie odpowiada potrzebie i ulegnie ograniczeniu wedle uznania gubernatora.

6) Na przysposobienie książek receptowych dla wszystkich rewirów, sygnatur aptecznych, blankietów sprawozdawczych, druków protokółów posiedzeń i wogóle na roboty drukarskie, litograficzne i materyały piśmienne, według nowego etatu gubernii płockiej, przedstawionego jenerał-gubernatorowi w r. b., wyznaczono 600 rb. rocznie. Gubernatorowie mają rozpatrzeć tę sprawę i ustanowić odpowiednią do

potrzeb każdej gubernii liczbę wydatków.

7) Na delegacyę urzędników w sprawach pomocy lekarskiej i wydatki nadzwyczajne, według nowego projektu etatów gub. płockiej, wyznaczono 1820 r. rocznie. Cyfra ta także podlega odpowiedniej zmianie w każdej gubernii.

8) Niezbędne jest wniesienie do projektów, odpowiednio do zapatrywań danego gubernatora, sumy jakiejkolwiek na zastosowanie środków nadzwyczajnych, wywołanych pojawieniem się w gubernii choroby epidemicznej. Według etatów gubernii kijowskiej, przeznaczono na ten cel rb. 3,000 rocznie.

9) Do projektu etatów w każdej gubernii mają być wniesione zapomogi na powiększenie funduszów rad gubernialnych i powiatowych dobroczynności publicznej do rb. 2000 i gubernialnemu inspektorowi lekarskiemu do rb. 500 rocznie.

10) Pensye personelu etatowego służby lekarskiej należy zastosować do nowego projektu dla gubernii płockiej, ponieważ odpowiadają one miejscowym warunkom, mianowicie: lekarzowi oddziałowemu rb. 900, felczerowi rb. 240, akuszerce rb. 360, nadto wszystkim przy lecznicy mieszkania w naturze. W razie niemożności znalezienia w danej miejscowości mieszkania dla lekarza, należy dlań ustanowić etat 1200 r. rocznie.

11) Poza personelem stałym przy lecznicach należy, za przykładem gub. kijowskiej, wnieść do etatów posady jednego lub dwóch lekarzy do delegacyi z utrzymaniem po 1200 rb. rocznie bez mieszkania. W nowym projekcie gubernatora płockiego uwzględniono również posadę lekarza zapasowego, odpowiadającego urzędowi lekarza do delegacyi w gub. kijowskiej. Na lekarzach-delegatach powinny ciążyć obowiązki: opracowywania materyału statystycznego, współdziałanie z porsonelem lekarskim w walce z chorobami zakaźnemi, tudzież zastępowania lekarzy oddziałowych podczas ich choroby lub urlopu.

12) Zasady do opodatkowania ludności gubernii na organizacyę pomocy lekarskiej powinny być te same, które zostały przyjęte z Najwyższego zezwolenia dla gub. płockiej.

Na zasadach wyłuszczonych naczelna władza krajowa poleciła gubernatorom opracować i przedstawić w najkrótszym czasie ostateczne projekty organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej w kraju. W projektach tych znajdować się powinny: sieć rewirów lekarskich wiejskich odpowiadająca obrębom normalnym; dane o tych punktach, w których należałoby otworzyć niezwłocznie lecznice wiejskie stosownie do potrzeb udostępnienia pomocy lekarskiej ludności oraz do jej środków płatniczych; projekt etatu służby lekarskiej gubernii; wreszcie projekt, wyliczający opłatę gubernialną lekarską z wykazem porównaczym obciążenia nią ludności danej gubernii.

— Od Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

W każdej szkole powinien być lekarz szkolny. Jest on obowiązany nie tyle zajmować się leczeniem chorych uczniów i ciała pedagogicznego, ile mieć czynny nadzór hygieniczny nad całą szkołą, jako budynkiem, i nad jej uczniami. Dalej — lekarz obowiązanym jest prowadzić przynajmniej 2 razy w ciągu roku badania nad wydajnością poszczególnych uczniów pod wzdlędem umysłowym i fizycznym, a opinię swoją co do zdrowia uczniów komunikować ich rodzicom, żądając odpowiednich zabiegów w celu usunięcia wad dostrzeżonych. Powinien on być *stałym członkiem rady pedagogicznej*, posiadającym w niej głos na równi z innymi członkami, przyczem opinia jego winna być miarodajną przy ocenie odpowiedzialności pojedyńczych uczniów wogóle lub w poszczególnych kierunkach.

Motywy:

1) Przy obecnym stanie rzeczy, istniejącym zarówno przy rządowych, jak i prywatnych zakładach naukowych, lekarz nie odpowiada właściwie pojętym zadaniom lekarza szkolnego, na czem cierpi zdrowotność młodzieży. Wprawdzie art. 1529 i 750-y tomu XI-go zbioru praw określa w zarysie, że prócz troski o zdrowie personelu szkoły, zadaniem lekarza jest dopilnowanie: a) żeby do szkoły nie wstępowali wychowańcy, dotknięci kalectwem lub chorobą, nie kwalifikującą ich do publicznego zakładu; dalej b) żeby w pomieszczeniu zakładu i w podziale czasu na zajęcia możliwie zachować warunki hygieniczne, wreszcie c) lekarz ma dawać baczenie na prawidłową gimnastykę wychowańców. Uwagi swe ma on komunikować dyrekcyi i radzie pedagogicznej, w celu powzięcia uchwały i zaprotokółowania. Dalej uwaga do art. 1533 1754 zaznacza, iż przewodniczący rady

pedag., podług swego uznania, zaprasza na posiedzenia rady lekarza, który wówczas ma prawo głosu na równi z innymi jej członkami. Pomimo to, obecnie dzieje się tak, że lekarz szkolny, nie mając szczegółowo zakreślonej swej działalności, zujmuje się tylko udzielaniem pomocy lekarskiej pewnej części chorych uczniów, lub wydawaniem, resp. potwierdzaniem ich świadectw. Tymczasem szkoła, już jako budynek i pomieszczenie wraz z jego urządzeniem dla znacznej ilości młodzieży może zawierać wiele szkodliwych dla zdrowia czynników,— stałych lub czasowych. Otóż lekarz obowiązany jest nieustannie kontrolować i mieć inicyatywę w każdorazowem usuwaniu ujawnionych przezeń szkodliwości. Jest on obowiązanym nietylko walczyć z eventualnem zawleczeniem choroby zakaźnej do szkoły, lecz i stale tępić z pośród uczniów nawyknienia, szkodliwe dla nich lub ich towarzyszów (brud, plucie na podłogę, onanizm etc.), oraz zapobiegać rozwojowi t. z. chorób szkolnych (krzywe siedzenie, anemia, neurastenia, krótkowzroczność etc.).

2) Wobec wzrastających trudności w stopniowym rozwoju i prawidłowym urządzaniu szkolnictwa, coraz większą okazuje się potrzeba badań naukowych, mających wyświetlać potrzebę tych lub owych reform szkolnych, opartych na materyale faktycznym, wyświetlającym poszczególne szkodliwości życia szkoły współczesnej. Szkodliwości szkolne, jak i szkodliwości życia po za szkołą, ulegają wahaniom, zależnie od wahań tych ciało pedagogiczne, ev. prawodawcze, winno być informofane; przeto badania te należy prowadzić stale, a ich wyniki systematyczne ogłaszać.

3) Prowadząc tak zakreślone badania, lekarz będzie znał gruntownie indywidualność każdego ucznia pod względem sprawności fizycznej i umysłowej. W ten sposób stanie się on niezastąpionym doradcą pedagogów, chroniącym ich od popełniania mimowolnych niesprawiedliwości, tembardziej, iż sami uczniowie w stosunku do lekarza mogą być szczersi, niż w stosunku do nauczycieli, których, jako przełożonych, często niesłusznie s ię boją.

4) Ażeby być czynnym i skutecznym doradcą nauczycieli, lekarz powinien być s{ałym członkiem czynnym rady pedagogicznej, mającym głos na równi z innymi członkami tejże, Rrzecz prosta, że głos lekarza, stającego przed radą z taką sumą wiadomości o każdym uczniu, będzie musiał być brany poważnie pod uwagę przy wydawaniu sądów o postępowaniu uczniów, a następnie przystosowaniu nagród i kar. Ten sam lekarz, znając sprawność psychofizyczną ucznia, zwróci niejednokrotnie uwagę członkom rady pedagogicznej na wyjątkowe trudności w zdobywaniu pewnej gałęzi wiedzy przez danego ucznia, albo wogóle na te lub owe niedobory w jego organizacyi, przez co wywoła szczególną pieczołowitość pedagogów nad słabszemi stronami rzeczonego ucznia.

— „Rozwoju“ łódzkiego numer z d. 28 Sierpnia podaje następującą notatkę:

„Wczoraj sędzia pokoju 4-go rewiru rozpatrywał charakterystyczną sprawę.

Do chorego na szkarlatynę dziecka wezwano d-ra Wolberga. Ten zapisał receptę. Gdy matka ofiarowała mu honoraryum w ilości 1 rub., doktór oburzył się i zażądał 2 ruble. Skoro usłyszał odpowiedź, że więcej nad rubla nie są mu w stanie zapłacić, zabrał rubla i receptę i... ulotnił się. Gdy krewny chorego dziecka udał się do doktora z reklamacyą, został przez tegoż poturbowanym.

Sędzia pokoju zkazał rycerskiego doktora na dwa dni aresztu.

Powyżej opisany fakt nadzwyczaj smutnie świadczy o etyce pewnych lekarzy łódzkich. Jak wiemy z pism miejscowych, fakty podobne nie są wyjątkowemi w Łodzi. Sądzimy, że Towarzystwo lekarskie wda się w tę sprawę, chyba więcej nieetyczną, jak ogłaszanie się w pismach“.

Komentarze „Rozwoju“ wypowiedziane pod adresem Tow. Lek. pozbawione są słuszności, ponieważ: 1) Uchwały o ogłoszeniach powzięło ad hoc zwołane ogólne zebranie lekarzy łódzkich, z których ledwie część zapisana jest do Tow. Lek., a **nie** Tow. Lek. 2) Juryzdykcyi Tow. Lek. podlegają tylko jego członkowie (nie jest nim Dr. W.).

By zaś „fakty podobne nie były w Łodzi wyjątkami“—**na to „Rozwój“ żadnych dowodów nie ma.** Użyte wyrażenie należy uważać za zwrot retoryczny w celu ubarwienia stylu.

Działanie uboczne nowych leków.

(C. d.)

W innych przypadkach występuje rodzaj odurzenia: zaczyna się ono uderzającą wesołością, gadatliwością i przechodzi niekiedy w wyraźny obłęd, któremu towarzyszą halucynacye. W przypadkach cięższych powstaje dłużej trwające omdlenie lub też ruchy rzucawkowe, kurcze kloniczne i toniczne, zaburzenia psychiczne, szał, trudność mowy, dyspnoë, sinica, zapaść. W całym szeregu przypadków wśród objawów powyższych nastąpiła śmierć. Ze środków lekarskich, najbardziej nadających się do zwalczania ciężkich objawów zatrucia kakainą najodpowiedniejsze jest wdychanie amylnitritu; w przypadkach lżejszych, poziome ułożenie chorego, jakoteż podawanie leków podniecających usuwa w krótkim czasie nieprzyjemne objawy. Szczególnej ostrożności wymagają zastrzykiwania podskórne, które obecnie, na szczęście, prawie że wyszły z użycia, tu bowiem nie jesteśmy w możności usunąć z ustroju choć części kokainy, wobec czego zatrucie następuje po zastosowaniu minimalnych dawek; w praktyce dentystycznej podobne przypadki bynajmniej do rzadkości nie należą, Nie mniejszej ostrożności wymaga stosowanie kokainy w praktyce dziecięcej.

Przewlekłe zatrucie kokainą wynika częstokroć z morfinizmu, bądź w ten sposób, że lekarz w celach leczniczych zamiast morfiny wstrzykuje kokainę bądź też dzięki temu, że chory sam się do niej przerzuca, lub też obok morfiny zaczyna brać kokainę. W tych warunkach powstają najcięższe postacie zatrucia kokainą. Objawy cechujące stan ten są następujące: wychudnięcie, zmniejszone odżywienie się, zła ziemista cera, bezsenność, zaburzenia psychiczne, obłęd prześladowczy, nienormalna wrażliwość skóry, zamęt psychiczny, osłabienie pamięci, gadatliwość, stany podniecenia, zdemoralizrwanie. Postaci lżejsze powstają wskutek tego, że polecamy choremu, by kilka razy dziennie stosował kokainę w postaci pędzlowań lub wziewań. Po niejakim czasie chory doznaje tęsknicy do kokainy, stosuje też ją coraz częściej, aż nareszcie występują objawy zatrucia. Leczenie polega na nagłem odstawieniu kokainy oraz podniesieniu odżywiania.

Dioninum. Może powodować: nudność, senność, znużenie, ból głowy, zaparcie stolca oraz dosyć przykry świąd skóry.

Dormiolum niekiedy wpływa ujemnie na łaknienie, sprawia uczucie suchości w ustach, nudności, rozwolnienie jako też straszliwe sny.

Eucainum A. Eucaium B. Obydwa związki używają się zamiast kokainy w praktyce okulistycznej oraz rynologicznej. Eukaina. A drażni jednak mocno spojówkę, sprawia uczucie pieczenia, łzawienie, wreszcie skurcz powiek, przekrwienie naczyń spojówkowych oraz rzęskowych, wreszcie zmiany nabłonka rogówki. Co do Eukainy B. to zadrażnia wprawdzenie w stopniu mniejszym, nie posiada atoli wybitnego działania znieczulającego. Horne i Yearsly w jednym wypadku spotrzegali po zastosowanin Eukainy na śluzówkę nosa obfite wydzielenie się śliny. Przy wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu 2% w jednym przypadku wystąpiły krótkotrwałe drgawki, którym towarzyszyły zgrzytanie zębami i częsty oddech oraz ściskanie serca.

Euphthalminum 5% roztwór nie sprawia żadnych dolegliwości jakoteż nie podnosi ciśnienia wewnątrzocznego; roztwór 10% spawia uczucie palenia.

Extractum piscidiae sprawia osłabienie, ból w skroniach i w uszach, uczucie suchości w ustach, pieczenie w oczach, świąd, wzwód prącia, uczucie ciężaru w piersiach.

Hedonalum. Z objawów ubocznych spostrzegano po H: przykre odbijanie po przebudzenie się oraz nadmierny spadek ciepłoty ciała.

Heroinum. Z objawów ubocznych spostrzegano po Heroinie: zawrót głowy, skłonność do zaparcia stolca, odurzenie, zwężenie źrenic, częste małe tętno, ból głowy, nudność.

Hyoscinum hydrobromicum, Scopolaminum, łatwo sprawia suchość w połyku, zaburzenia wzrokowe; na serce wpływa ujemnie, nie należy przeto stosować przy stłuszczeniu serca oraz wadach zastawkowych.

Hypnonum [1]), acetophenonum często sprowadza poranne bóle głowy, niekiedy pot, wreszcie uczucie pieczenia na języku; zmniejsza wrażliwość nerwu błędnego jakoteż ciśnienie krwi, zadrażnia w znacznym stopniu śluzówkę połyku i żołądka, zaś dla przykrego smaku niechętnie bywa przez chorych przyjmowany.

Methylenum coeruleum medicinale (Methylenblau, chlorek tetrametyltioniny) m. coerul. novum (chlorek dietyl-tolu-tioniny), sprawia niekiedy nudności, wymioty, parcie na mocz, który zabarwia na niebieski lub ciemno-zielony kolor; niekiedy powoduje osłabienie serca, jeśli istnieje zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Migraeninum (mieszanina składająca się z 85 cz. antipyriny, 9 części kofeiny i 6 cz. kwasu cytrynowego) sprawia b. łatwo nieprzyjemne objawy uboczne, jak pieczenie w ustach i połyku, zaczerwienienie i obrzęk warg oraz śluzówki wyściełającej jamę ustną i połyk, ból ócz oraz łzawienie, ślinotok, ból w pęcherzu moczowym, pieczenie w cewce moczowej, ziębienie oraz uczucie gorąca, napady omdlenia, dyspnoë, prędkie nieregularne tętno, drżenie, podniecenie, sinicę, wysypkę płonicową.

Orthoformium. Orthoformium novum sprowadzają niekiedy pryszczycę, różyczkę ogólną, oraz pewne zaburzenia w stanie ogólnym, jak nudności, wymioty; w pojedyńczych przypadkach, przy zbyt obfitem zastosowaniu ortoformu na owrzodzenia, spostrzegano powierzchowną lub nieco głębszą martwicę tkanek,—wreszcie przy zastrzykiwaniu podskórnem objawy zatrucia w postaci zawrotu głowy i wymiotów.

Neurodinum sprowadza zlewny pot, uczucie gorąca, nudności i wymioty.

Oxycamphora (wytwór utlenienia kumfory) Oxaphor (50% roztwór oxycamphorae) sprowadza niekiedy uczucie palenia, bóle żołądkowe, wymioty; wydaje się również, że wskutek przyzwyczajenia się działanie oksykamfory z czasem słabnie.

Paraldehydum. [1]) sprowadzą niekiedy uczucie suchości w połyku, pragnienie, nudności, ból, i zawrót głowy, zataczanie się, niepewność w nogach, lekkie bredzenie, odurzenie, nieprawidłowe tętno; czyści chorzy umysłowi zaczynają pod wpływem paraldehydu oddawać pod siebie mocz, u chorych niechlujnych stan się pogarsza. Długotrwałe używanie paraldehydu doprowadzić może do charłactwa, związek ten bowiem w znacznym stopniu przyspiesza rozkład białka. Wydzielając się przez płuca, paraldehyd wzmaga u chorych na płuca kaszel; większe dawki leku mogą niekiedy wywołać białkomocz; u jednego chorego, który po przyjęciu paraldehydu napił się piwa, spostrzegano rozległą wysypkę skórną; w innym znowu przypadku po dłuższem używaniu leku wystąpiły na skórze pęcherze, których zawartość pachła paraldehydem. Nadużycie paraldehydu może sprowadzać następujące objawy: halucynacye słuchowe, wzrokowe, osłabienie pamięci oraz intelligencyi, dłutrwałe odurzenie, drżenie; w jednym przypadku spostrzegano nawet białkomocz.

Pellotinum hydrochloricum niekiedy sprawia zwolnienie tętna, zamęt w głowie, zapaść.

(D. c. n.)

[1]) Uzupełniono podług Lewin'a.

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński. A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, Cz. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь. 20 Августа 1901 г.

Druk A. Karskiego, dzierż. Kulisz, Nowy Rynek № 11.